

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + Make non-commercial use of the files We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + Refrain from automated querying Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + Maintain attribution The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + Keep it legal Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

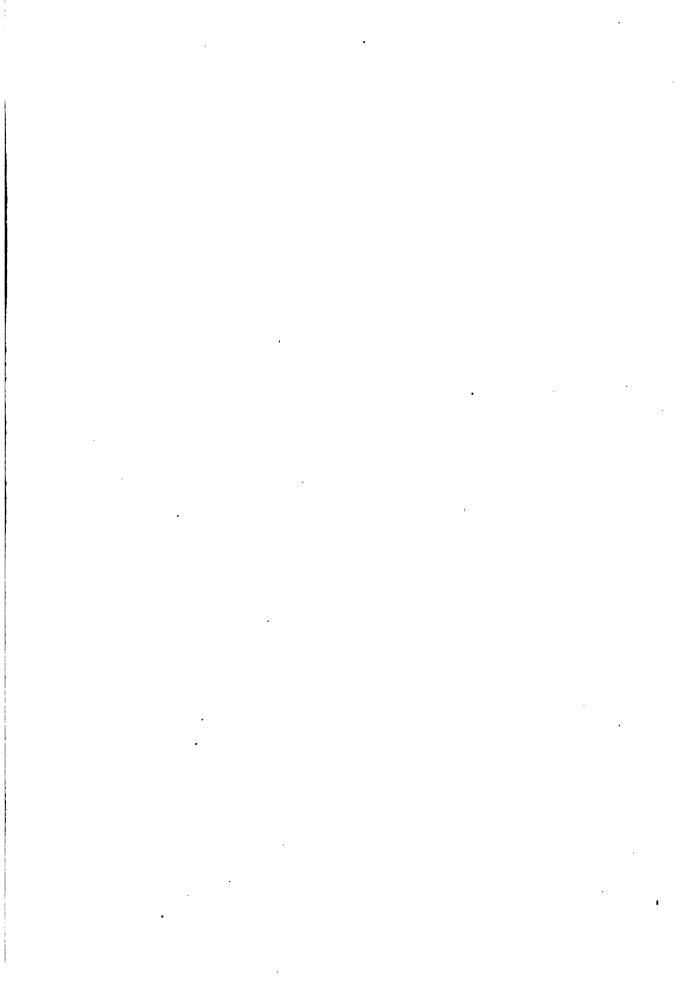
Inoltre ti chiediamo di:

- + Non fare un uso commerciale di questi file Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.
- + Non inviare query automatizzate Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.
- + Conserva la filigrana La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.
- + Fanne un uso legale Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da http://books.google.com







LA

RIFORMA MEDICA

GIORNALE INTERNAZIONALE QUOTIDIANO

di medicina, chirurgia, farmacia, veterinaria e scienze affini

Direttore G. RUMMO

REDAZIONE

Dott. A. FERRANNINI

Dott. F. MATONI

PROF. PARESGIATO DI PATOLOGIA E COADIUTORE MELLA R. CLINICA MEDICA DI PALERMO. COADIUTORE E DOCUMTE MELL'ISTITUTO DI PARMAGOLOGIA MELLA R. UNIVERSITÀ DI MAPOLI.

ANNO XIII. 1897

> VOLUME I. (Dal N.º 1 al N.º 78)

NAPOLI TIPOGRAFIA DELLA RIFORMA MEDICA Salita Ponteservo, n. 60





INDICE

I. INDICE ALFABETICO DEGLI AUTORI

			Dine		Carrière	547
•		1	Bins Biondi		Carron de la Carrière	255
Α.			Planchard	901	Casagrandi	163
Abel		600	Bianchard Bianquinque	484	Casagrandi e Barbagallo	804
Abelous		067	Blind	127	Casciani	78
Achard	BOO .	202	Bloch 21, 968	740	Capili	690
Addario	BOW,	977	Boari 65	986	Canainan	162
Abladd			Boas	000	Cattaneo	82
Alessi			Bookm	198	Oatois	485
Altha na			Book		Caniole	206
			Boinet		Oanssade	406
Alvagni-Dolfrate						56
Andriani			Bokay		Cavaggani	57
Angeluosi		003	Bondsynski Bonomo Bornemana Bosc e Vedal		Ceci	
Violet		12:1	Bonomo		Cesoni	604
Arloing		233	Bornemana	25.0	Cervesato	92
Aruliani		506	Hose a Vedal	257	Chaleix-Vivie	142
Ascoli		1061	HOSEBY & Relief	778	Chaplin e Tunniclife	851
Aubert		216	Bouchard 117, 150	6, 445	Chantemesse	410
Aucher e Lapieque		04/	Rofile	980	Onare telutiour	802
Aufrecht			Bourneville e Mettetal	794	Charrin 260	, 802
Auvray		208	Bowen	861	Chatin Chauffard 48	874
Azam e Casteret		463	Bowlby '	416	Ohsuffard 48	3, 817
			Bozzolo	414	Chavannas	632
B			Bram well	892	Cheron	139
			B audenburg	585	Chiapponi	502
Babes		654	Brissonuet	569	Chiodera	131
Baccelli	86,	500	Brunst	215	Chipault 179, 828	, 658
Haldassari		56	Bruns	-2	Ohipault e Londe	668
Banti		687	Broca 279, 868	3, 887	Ohretien	617
Barallies		802	Brood 82	8, 769	Chvostak e Egger	317
Baratier		88	Bruchner	865	Cipriani	106
Barbieri		802	Bruhl			478
Bard		462	Brühos .	826	Oloetta	298
Bardet		801	Burei	25	Claisse e Josub Cloetta Cohu 25	485
Barker		454	Burr	-70	Comby 9, 143, 458, 665	767
Harossi		219	Bursio	884	Contejean	474
Battistini		275	Busch	162	Cornil	874
Bauset			Bussenius e Siegel		Courmont 748	. 873
Bayeux e Royer		878			Courmout e Dime	409
Bazy 80, 279,	828.		C		Coussade	406
Becière	809.	524	Cabitto	90	Couturier	847
Beads	,		Caseini		Oriokx	475
Rendet		850	Calmette e Delorme		Cross	110
Hensaudo		8.0	Campana 848, 864, 470, 489	. 507.	Crolv	417
Hérard		10	519 , 582 , 651 , 662 , 674	489	Chreanowsky	825
Berger 475,	646	Ani	759, 842,869	, 550,	Cunso	U 9 ()
Berger e Luc	-on-j		Canth	971	Ouno	138
Bial	168		Oarle	691	Outhbert e Wallace	811
AFIEL		,	VIII.	U#4	Annual A Married	. 1

Volume I. N. 74 - 75, 1997.

	1	-	
D	Galloia 21,	466	Horsley 286 Hugouneng e Doyon 748
Dalché 299	Galvagni Gellè	748	Hugounenq e Doyon 748 Hutchinson 717, 718, 729,
D' Alloceo 223		881	743, 784, 5.8
D'Arey-Power 681	Germani	192	100, 100, 110
Da Sacco 787	Gésa Dieballa	90	I
Dastre e Floresco 260	Giancola	862	
Davies 641	Giarré	295	Iwanoff 860
Debove 800, 457 Delbet 658	Gilbert • Fournier 474	802 814	J
Delbet 608 Deléarde 902	Gilbert e Grenet	474	0
	Gilbert e Roger	873	J=ccoud 689, 750
Dehaine e Aubouin 715			Jacquet 474, 888
Dejerine 747, 878	Gioffredi	771	
	Giovanardi Giovannini	754 583	
	Giuria	690	Janesô e Rosenberg 49 Jatta 870
De Sanetis 77	Gley 21,	654	Jeanselme 524
Devoto 19	Glück	690	Jemma 19
	Gluzinski e Lemberger	433	Jes 114
	Goodall	708	Jolles 810
	Gottlieb Grabower	185 161	Jones 885 Jonnesco 281
	Gradenigo 276, 595,		TOTAL BOLL
Douglas Drew	Graham Steel	155	₹ C
Dresdener BS!	Grande	891	
Drierzgowski 149,208	Grandmaison		Kajewnikoff 242
Eucceschi e Martini 75		8	Kalischer 860
Dufour A75. Duret 243	Griglio Grimbert	165	Kanthach e Connel 250 Karewsky 299, 691
Turier	Gress	567	Karewsky 299, 691 Karplus 189
1	Guadagnini	482	Kattwinkel 69
H	Guarnieri	738	King 717
F235	Guinard	803	Kirobner 690
	Guinon	000	Kirmisson 485
Edmond 708 Ermenghen 654	Guiraud Guirretti	720	Klingmüller e Leber Klippel e Lefas 654, 748
Ewald 728	Gumprecht .	. 22	Kossanowsky 354
A STATE OF THE STA	Guthrie	660 7993	Koerte 678
IF.	Guyon	622	Koile 788
77.11			Kolle 205
Fabbri 800 Fede 825	H.		Kornilow 163 Koster 241
Fedeli 207	Hasch	293	Koutnik 181
Permi 96	Hadelmann	691	Kraïouchkine 140
Fernet 57, 80		205	Krehl e Matthes 294
Ferrand 589		185	Krewer 1 g1
Ferraro Dante 131 Ferrier 814	Hallion Hallion e Comte	1004	Krüger 69 1
Finger 340	Hollopeau e Bureaux	884 258 802	L
Finisio 170	Hamburger	26	
Finzi 261		8	Laborde 387
Fiore 809			Labusquière 420
Fischel 298			Lackie 780
Floersheim 9, 216		475 857	Lambert 259 Lamy 260
Forestier 886		474	Landau 690
Forlanini 760	Hawillard-Hall		Lane 5, 708
Fournier 427	Heitler	599 789	Langer 824
Fournier 28, 299, 881, 646	Heitler Herbert	599 789 468	Langer 824 Langlois 259, 681
Fournier Fraenkel 28, 299, 881, 646 Franck 472	Heitler Herbert	599 789 468 781	Langer 824 Langlois 259, 681 Lauenstein 858
Fournier 427 Fraenkel 23, 299, 381, 646 Franck 472 Frank e Beger 312	Heitler Herbert Herbet Hering	599 789 468 781 294	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706
Fournier 427 Fraenkel 23, 299, 381, 646 Franck 472 Frank e Beger 312 François-Franck 474	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham	599 789 468 781 294 811	Langer 324 Langlois 259, 681 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinski 240
Fournier Frankel 23, 299, 381, 646 Frank 472 Frank e Beger 312 François-Franck 474 Freund 310 Frugiuele 578	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham Hoss Heymann	599 789 468 781 294 811 46 692	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinski 240 Larezan 658 Leblane 688
Fournier 427 Fraenkel 28, 299, 881, 646 Franck 472 Frank e Beger 312 François-Franck 474 Freund 810	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham Hoss Haymann Higier 161	599 789 468 781 294 811 46 692 241	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinski 240 Larezan 658 Leblane 683 Le Dentu 95, 801
Fournier Frankel 23, 299, 381, 646 Frank 472 Frank e Beger 312 Francois-Franck 474 Freund 810 Frugiuele 578 Fullerton 668	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham Hess Haymann Higier 161,	599 789 468 781 294 811 46 692 241 242	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinski 240 Lavezan 658 Leblane 683 Le Dentu 95, 801 Lefèvre 257
Fournier Frankel 23, 299, 381, 646 Frank 472 Frank e Beger 312 François-Franck 474 Freund 310 Frugiuele 578	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham Hess Heymann Higier 161, Hochhaus Hoefimayr	529 789 468 781 294 811 46 692 241 242 466	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinski 240 Lavezau 658 Leblane 683 Le Dentu 95, 801 Lefèvre 257 Leichtenstern 182
Fournier Frankel 28, 299, 881, 646 Frank e Beger Francois-Franck Freund 810 Frugiuele 578 Fullerton 668	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham Hess Heymann Higier .161, Hochhaus Hoeimayr	529 789 468 781 294 811 46 692 241 242 466 44	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinaki 240 Lavegau 658 Leblane 683 Le Dentu 95, 801 Lefèvre 257 Leichtenstern 182 Lejkre 864
Fournier Frankel 23, 299, 381, 646 Frank 472 Frank e Beger 312 Francis-Franck 474 Freund 810 Frugiuele 578 Fullerton 668 Gabbi Galandruccio 2712 Galandruccio 277	Heitler Herbert Herbet Hering Herringham Hess Haymann Higier .161, Hochhaus Hoenmayr Höfer Hoffer Hoffmann	529 789 468 781 294 811 46 692 241 242 466 44	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinaki 240 Lavegau 658 Leblane 683 Le Dentu 95, 801 Lefèvre 257 Leitene 182 Lejène 664 Lejars 546, 865, 887
Fournier Frankel 28, 299, 881, 646 Frank e Beger Francois-Franck Freund 810 Frugiuele 578 Fullerton 668	Heitler Herbert Herbet Hering Hering Herringham Hess Heymann Higier	529 789 468 781 294 811 46 692 241 242 466 44	Langer 324 Langlois 259, 631 Lauenstein 358 Laurenti 706 Lapinaki 240 Lavegau 658 Leblane 683 Le Dentu 95, 801 Lefèvre 257 Leichtenstern 182 Lejkre 864

Letabe	80		894, 478	Q.
Levi		Moutard-Martin	999 888	Quenu 749
Lewin	826	Marphy	408	3
Lewin e Erschbaum		Murray Musio	596	
Lowy	691 637	Muy	465	Quincke 240
Lewy-Dorn	691	muy.	300	4
Leyden		3.7		R
Lichtwitz e Sabraze	958	724		'`
Liegoois	5.8	Nascimbene	745	Ramond 897
Limbeck Litten	22, 28	Nauwelner	475	Ranconi 79
Labadie-Lagrave, Bo	ir a Wak 90	Neisser	140	Raymond 655
Lossoh	150	Nelaton	208	0.471
Loswi	186	Nenoki e Pawlowsky	298	Reineboth 565
Lombroso	275	Neuhaus	896	Reiner e Schnitzler 298
London	1160	Neumann 310, 896,	450, 467	Remlinger e Schneider 888
Longo	722	Newbolt	551	100EGG 000
Lorohet	624	Nicolas	474	Rendu e Massary 528
Lowson	66 8	Nicolle e Hérbert	898	Banon 478
Lucas	417	Nielsen	425	
Lunn	251	Niemann	811	Ricci 276
Lunot	491	Ninni	263	Richardiére 704
Luzzati	449	Nosek e Gerhardt	680	Bichet e Broce 654
		Noera	1 184	Richet + Hericourt 478 Rider 850
M		ł		Bider 860 Biva 84
		0		Rebert 825
Magitot	748	,	,	Repertson 807
Maguin	894			
Manouvries	802	Obersteiner	418, 745	T
Mantovano	408	Oestreich	514	Roger e Josuè 20
Mairet e Vires	409.	Ogle		Romme 351
Malfatti	191	Osler	187	Romme, Krosnig a Albu 261
Maragliano 384, 44	121,451,	Ouchonoff	149	Rogesli 616
628, 675, 785, 847	346			Rosenheim 692
Marian	814	12		Rosenthal 691
Markwald	57, 80	Dame	768	D
Marie	665	Paget Palassi	800	Boutier 278, 665, 776, 802, 831
Marie e Astle	547	Parlavecchio		
Marinesco	8:6	Parmentier e Carrion	77, 78 749	Rouxeaux 259
Marone Marro	275	Parlow	792	Rummo . 1, 62
Martin	22	Paulenco	967	
Martinotti	298	Pauly	814	8
Margocchi ed Anton	ini 186	Pean 594,	801, 802	
Mathieu	800, 609, 642	Pelagatti	586	Saillet 815
Maurange	256	Penso	15, 779	Sainton 901
Maximowitsch	11	Perroneito	129	Sangiè, Ferrière e Remlinger 484
May	70	Pes		Sansoni 974
Mayet	691	Petit	45	man and the second seco
Mazó	887	Phillips	871	
Me Cosh	660		802	Soafi 449
Mendel		Piessa-Martini	101	Schaute 218
Menke	861	Pick	420	Schiller 185
Merklen	67, 79, 546	Picque	010	Schilling 709
Mery e Lorrein	655, 748	Proqué		Schlesinger 140 Schlösser 623
Metschnikoff		Piergili	77	Schnabl \$11
Mennier	474	Pieri e Portier	400	Schultze 241
Mibelli		Pilar	400	Schulz 858
Michaux	202, 545		000	Schulz 858 Schwab 217
Micheli e Sereno		Pinard e Segond	920	Schwab 217 Schwarts 6, 203, 718, 887
Millard	547		12K	Sebileau 142
Mingassini	977 979	Pohl Polaillon		Seelig 109, 196
Modion	3//, 310 598		20	Senator 881
Medigliano		Polini	490	Senier 358
Moisson		Popper	811	Serafino 501
Moneoryo		Potain 979, 826,	450, 822	Sidney Phillips 417
Moor Mossa		Po all	444	Sieber Choumowa 149
Mossé e Daunie		Proust	484	Silcock 849
			181. 298	Silva 838
			168	Simoneini 804
			475	Simons) 601
Mosso e Ottolenghi Moty		Puglicei Puglice e Milla ' Puttemans'	168	Silva Simoneini Simonei

a: 1 a .	= 40	m.,		1	4
Siredey e Grognot	749	Tilger	670	Viller	4 ×8
Siredey e Grosjean		Tillaux	892, 846	Vincensi	779
8mirno w		Tissot	28	Vigiar	80 0
Soave		Tomasini		Virea	263
Sorge		Tommasetti	421	Vitsou -	257
Sorrentino	27	Trambusti	369	ł	
Sortino	783	Trautwein	115	l w	
Spadoni	8 0 3	Tridondani	870		
Spencer-Waston	21	Tschmarke	858	Wassermann	311
Sperino	275	Tuffier 179, 279, 82			419
Spiro		Turazza		Webster	434
Stanziale		Turney		Weinberg	50
Stein	606			Weiss	417
Sterling	184	σ		Wertheimer e Lepage	260
Stierlin	858	J		Widal e Sicard 109, 478,	
Stimson		Ughetti	977	Winkler	303
Stoerk	474	Ullmann		Wladimiroff	826
71111	417		011	Wold	856
Straub	186			Wolff	190
Swohoda	454	v		Wright	874
·	105	Valude	180 884	Wright e Semple	413
· ·			180, 6 54 91		419
l		Von der Wey		1	
Talamon	. KO7 07E	Van Engelen	475		
Tansini		Vassale Vassale	105		000
	01E	Vassale e Generali		Yersin	88 8
Teissier e Guinard	009	Vauthey	70		
Teleky Tempiser	616	Veillon e Zuber	8 0 9		
Terrier		Verchère	887	Zagari	777
Thiroloix		Vernoli		Zdekaner	36 5
Thomas		Vidal		Zenoni	128
Thompson .	259	Villani	795	Zoux	550
•				1	

II. INDICE ALFABETICO DELLE MATERIE

A	1	logiehe sull')	56
A1 1 (TT: !::::::::::::::::::::::::::::::	=	Acqua (Variazioni della proprietà refrigeran-	~==
Aborto (Un caso insolito di)	782		257
Acetilene (Azione tossica dell')	212	Acromegalia, gozzo ed esoftalmo	408
Acido arsenioso (La riduzione dall') degli u-		Acromegalia (Sopra un caso di) parziale	186
mori degli organi	294	Actinomicosi (Sull')della porzione sopradia-	
Acido carbolico (Un caso di avvelenamento		frammatica del tubo digestivo	10
per)	717	Actinomicosi umana (Un caso di) primitiva	
Acido cianidrico (Sull'azione quantitativa del-			266
l') arsenico e del fosforo sul cuore di rana		Actolo (Formule dell'itrolo e l')	708
dell'isolato	186	Actolo (L'itrolo e l') nella clinica privata	570
Acido filicinico (Contributo alla conoscenza	-	Addison (Contributo sperimentale alla patoge-	
del gruppo dell')	185		815
Acido metilendigallico o bismale	861	Addison (Il morbo di) e l'organoterapia	709
Acido salicilico (Sul modo di comportarsi di		Addison (Un caso di mucinuria nella malat-	•
alcuni composti di) nell'organismo	185		800
Acne (Contro le pustole d')	576	Addome (Ferita penetrante dell')	202
Acne rosacea (Sulla cura dell')		Addome (Un caso straordinario di ferite dell')	79
Acne roseo e sifiloderma nodulare		Addominali lesioni traum tiche (La diagnosi	
Acorion (Tigna) e tricophiton	844		102
Acqua ossigenata (L') Come emostatico ute-		Addominali organi (Sulla conoscenza della le-	
rino	45	sione degli) (diaframma, milza, fegato) ope-	
Acqua ossigenata (L') nel vomito delle gra-		rata da forza contundente	354
vide	364		887
Acqua potabile di Ferrara (Ricerche batterio-		Adolescensa precoce (Un caso di) in una fan-	

896	Aneurisma artero-venoso (Un caso di) ossifi- cante traumatico	858
748	Ansurisma sirsoide (Un caso di)	206
808	Aneurisma falso (Un caso di) primitivo della gamba	208
	Ansurisma (Legatura della seconda parte del-	
	l'arteria aucolavia per)	417
240		386
	Aneurismi(Il sintoma di Uliver nella diagno-	- 00
		23
		645
		859
		187
		888
		729
861		319
647		
	totale addominale ed)	60
298	Antibatterina	862
755	Antipirina (sostanze incompatibili con l') 504	
		802
		434
	Antirabbiche vaccinazioni (Le) a Pietroburgo	150
771		478
		885 648
		802
		002
		155
		880
614		871
	Apparate terapia (Sull' importanza dell') di	
191	Hesting	418
828	Appendicite (Dell')	475
E00	Appendicite (Enterocolite ed)	874
520	Appendicite epidemica nel coniglio	RO3
520 803	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell')	HO2 480
520 803 553	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell')	RO3
520 803	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tem-	HO2 480
520 803 553	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell')	HO2 480
520 803 553 116	Appendicite épidemica nel cóniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tem- po di formasione delle raccolte dipenden- ti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di)	480 80 80 454 588
520 803 553 716 454 184	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Aresuicale melanosi e cherategi	480 80 454
520 803 553 716 454 184 185	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze or-	454 425
520 803 563 116 454 184 185	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipandenti da) Arcoscire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arconicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanza organiche	480 80 80 454 588
520 803 553 716 454 184 185	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipandenti da) Arcesire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arcenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanza organiche Arsenico (L') in pediatria	454 425
520 803 553 116 454 184 185 21	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipandenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arzenico (Sull'azione dello) nella malattia	454 425
520 803 563 116 454 184 185 91 804	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale malanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli u-	454 486 454 588 425 579 9
520 803 553 116 454 184 185 91 804	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arcenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanza organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenicco acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi	454 486 454 588 425 579 9
520 803 553 116 454 184 185 21 804 7, 80	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale malanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (Sull' azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterie (Le ferite delle) nella fratture della	454 588 425 579 814
520 803 553 716 454 184 185 91 804 7, 80 806	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arcosire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arconicale malanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (E') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arteric (Le ferite delle) nella fratture della gamba	454 486 454 588 425 579 9
520 803 563 716 454 184 185 91 804 7, 80 806	Appendicite épidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanza organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterie (Le ferite delle) nella fratture della gamba Arterioselerotici (Il dolore puntorio laterale	402 480 80 454 588 425 572 9 814 748
520 803 563 716 454 184 185 91 804 7, 80 806 140	Appendicite épidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arcossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arconicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arzenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arzenicco acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arteric (Le ferite delle) nella fratture della gamba Artericselerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arteric intercostali negli)	402 480 80 454 588 425 572 9 814 748
520 803 563 116 454 185 91 804 7, 80 806 140	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenicco acido (La riduzione dell') dagli u- mori degli organi Arteric (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Artericselerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arteric intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'ec-	402 480 80 454 588 425 572 9 814 748
520 803 563 116 454 184 185 21 804 140 874 567	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arcenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'anione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterie (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arterioscherotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerobrale del lato	402 480 80 454 588 425 572 9 814 748
520 803 563 116 454 185 91 804 7, 80 806 140	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella maiattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterio (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arteriosalerctici (Il dolore puntorio laterale e le stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondanta	#02 480 80 454 588 425 572 9 814 294 748 419
520 803 55? 116 454 184 185 21 804 140 874 567	Appendicite épidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arcosire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arcosire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arcosire (Le ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arteric (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Artericalerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell')	#02 480 80 454 588 425 572 9 814 294 748 419
520 802 569 116 454 184 185 21 804 140 876 876 876 876 876	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arteric (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Artericalerotici (Il dolore puntorio laterale e le stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondente Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e	402 480 80 454 588 425 579 9 814 294 419 260 716
520 802 559 116 454 184 185 21 804 140 874 875 875 875 875 875	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterio (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arterioscierotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello)	402 480 90 454 588 425 679 9 814 294 748 419
520 802 552 116 454 184 185 21 804 140 874 875 875 875 875 876 876 876 876	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arcossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arcossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arcossire (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arcossire (L'e ferite delle) nelle fratture della gamba Arteric (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arteric delle arteric intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello) Ascellare fossa (Un caso raro di ciste con-	402 480 80 454 588 425 572 9 814 748 419 200 716
520 802 552 116 454 184 185 21 804 140 874 567 875 865 840 68	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensione e nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arcenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'anione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterio (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arteriosclerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arteric intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale dal lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello) Ascellare fossa (Un caso rero di ciste congenita del collo e della)	402 480 80 454 588 425 672 9 814 748 419 290 716 50 864
520 803 563 116 454 184 185 21 804 140 874 875 865 840 68 92	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varistà nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipandenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterio (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arteriosclerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondente Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuctamento dello) Ascellare fossa (Un caso rero di ciste congenita del colto e della) Ascessi epatici (Gli) nei bambini	402 480 80 454 588 425 572 9 814 748 419 200 716
520 803 563 116 454 184 185 91 804 140 874 875 867 876 876 876 876 876 876 876 876 876	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Variata nell'estensione e nel tempo di formazione delle raccolte dipandenti da) Arrossire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arsenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterio (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arteriosalerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arteric intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello) Ascellare fossa (Un caso raro di ciste congenita del colio e della) Ascessi epatici (Gli) nei bambini Ascessi periuretrali (Contribusione batterio-	402 480 80 454 588 425 672 9 814 748 419 290 716 50 864
520 803 563 116 454 184 185 21 804 140 874 875 865 840 68 92	Appendicite epidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensionee nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arcosire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arcosire (L'ercutofo bia. La fobia di) Arcosire (Le ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsonico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsonico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arsonico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterie (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Artericosalerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondente Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello) Ascellare fossa (Un caso rero di ciste congenita del colio e della) Ascessi opatici (Gli) nei bambini Ascessi periuretrali (Contribusione batteriologica allo studio degli) complicanti la ble-	402 480 80 454 588 425 672 9 814 748 419 290 716 50 864
520 802 552 116 454 184 185 21 804 7, 80 875 875 875 875 875 876 875 875 875 875 875 875 875 875 875 875	Appendicite épidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensionee nel tempo di formazione delle raccolte dipendenti da) Arcossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arcenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'azione dello) nella malattia di Hodgkin Arcenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterie (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arterie (le ferite delle) nelle fratture della gamba Arteriosolerotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello) Ascellare fossa (Un caso raro di ciste congenita del colic e della) Ascessi epatici (Gli) nei bambini Ascessi periuretrali (Contribusione batteriologica allo studio degli) complicanti la blenorragia Ascessi sotto-diaframmatici (Gli)	#02 480 80 454 454 425 672 9 814 419 280 716 58 854 170 878 667
520 802 559 116 454 184 185 21 804 140 876 876 876 876 876 876 876 876 876 876	Appendicite épidemica nel coniglio Appendicite (Sulla cura dell') Appendicite (Sulla patogenesi dell') Appendicite (Varietà nell'estensionee nel tempo di formasione delle raccolte dipendenti da) Arrossire (L'ereutofo bia. La fobia di) Arcenicale melanosi e cheratesi Arsenico (La ricerca dell') nelle sostanze organiche Arsenico (L') in pediatria Arsenico (Sull'anione dello) nella malattia di Hodgkin Arsenico acido (La riduzione dell') dagli umori degli organi Arterie (Le ferite delle) nelle fratture della gamba Arterie (le ferite delle) nelle fratture della gamba Arterioscherotici (Il dolore puntorio laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli) Arti (Sui movimenti degli) prodotti dell'eccitazione dell'emisfero cerebrale del lato corrispondante Arto inferiore (La cura ambulatoria nelle fratture dell') Ascellare cavo (Estirpazione di mammella e vuotamento dello) Ascellare fossa (Un caso raro di ciste congenita del colic e della) Ascessi speriuretrali (Contribusione batteriologica allo studio degli) complicanti la blenorragia Ascessi sotto-diaframmatici (Gli)	902 480 90 454 588 425 572 9 814 294 419 280 716 50 854 170
	748 808 860 748 474 474 474 817 861 514 767 771 492 861 136 46 685 561 191	cante traumatico Aneurisma cirsoide (Un caso di) Aneurisma falso (Un caso di) primitivo della gamba Aneurisma (Legatura della seconda parte del- l'arteria aucolavia per) neurisma traumatico dell'acorta Aneurismi (Il sintoma di Oliver nella diagno- si degli) dell'arco dell'acorta Aneurismi (La cura degli) dell'acorta Anfiteatro operatorio (Il nuovo) della Chinica chirurgica di Palermo Angina pectoris (La cura dell') Angine (Sulle) da bacillo di Friedlander Angioma sottosutaneo congenito (Su alcune forme di) Anilina (Sull'avvelenamento per) Annessectomia bilaterale (Isteromicmectomia totale addominale ed) Antipirina (Sulla) Antipirina (Sulla) Antipirina (Un caso di avvelenamento per) Antirabbiche vaccinazioni (Le) a Pistroburgo Antracosi polmonare (Sull') Aorta (Aneurisma traumatico dell') Aorta (Aneurisma traumatico dell') Aorta (Aneurisma traumatico dell') Aorta (Ca cura degli aneurismi dell') Aorta (Nervi della) Aortica stenosi engenita fetting Apparate terapis (Sull'importanza dell') di Hesting Appendicite (Dell')

	400	Th. 1	00=
	408	Hehring Emilio	895 206
Ascesso paranefritico pleurite destra consecu- tiva ad essudato siero-fibrinoso	785	Benedikt Benzacetina	789
		Bicioletta (L'asione della) sui reni	308
Ascite torbida lattescente (Sopra un caso di)		Bicicletta (Le infermiere e la)	801
		Bijodato di chinina	8 6 L
		Biliare calcolo (Emissione spontanea di un	~~~
	54 6	voluminoso)	693
Asistolia (Sull'azione dissociata dalla digitale nella) 57,	79	Biliare infezione primaria (Una epidemia di) Biliare litiasi (Per la)	192 85
	798	Biliari vie (Le lesioni traumatiche delle)	445
	811	Bismale (Acido metilendigallico o)	861
		Bleflarite ciliare (Cura della)	167
Atassia tabetica (La cura della) mercè la	0.0	Blenorragia (Contribusione batteriologica allo	
	858	studio degli ascessi periuretrali complican-	8 78
Ateromatosi (L'esagerazione dei riflessi ten- dinei negli)	141	ti la) Blenorragia uretrale (Contributo alla terapia	0 10
Atropina (L') come mezzo di attenuare certi		della) cronica con l'uso del sublimato cor-	
	216	rosivo (cinque casi)	288
Atropina (Sull'azione della pilocarpina e del-		Blenorragioa talalgia (La)	888
	186	Blenorragico reumatismo con disturbi tro-	000
Auditiva iperestesia dolorosa in un etero-	745	fici cutanei	980 485
mane Auricolare vertigine (Sulla)	580	Bleu di metilene (Le colorazioni al) Bosca (Contributo allo studio delle ferite di	200
Autoplastia (Sull')	658	arma da fuoco nella)	690
Avvelenamento alcoolico (Brevi considerasio-	- 1	Bocca (Igiene della)	694
ni medico-legali su di un caso di)	787	Bocca (Per la disinfesione della) e faringe	575
Ayvelenamento da chinina	546	Botallo (Un caso di stenosi mitralica del Du-	i
Avvelenamento (il permanganato di potassio	57 2	rozies con comunicazione anomala fra le due oreschiette all'infuori del foro di)	745
nell') per oppio Ayvelenamento per acido carbolico (Un ca-	U.2	Botulismo (Microbi e veleno del)	654
so di)	717	Brinton (Linite plastica del)	97
Avvelenamento per funghi (L')	829	Bronco-pneumoniti infantili da bacillo di	
Avvelenamento (Sulle condizioni dell' insor-		Pfeiffer	474
gere della glucosuria in seguito ad) per os-	100	Brown-Sèquard (Contributo allo studio delle	
Avvelenamento (Sull') per anilina	186 812	drome tenemenice di	28 ₹
		drome fenomenica di)	
	417	Buhonica neste (La)	245
Ayvelenamento (Sull') per funghi Ayvelenamento (Un caso di) per antipirina	417 434	Bubonica peste (La) Bulbare paralisi astenica (Due casi di)	245 242
		Bubonica peste (La) Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia	242
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina		Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) e malattia di Erb	242 189
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina		Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia	242
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi-	434	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) e malattia di Erb	242 189
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria		Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) e malattia di Erb	242 189
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi-	231 250	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo	242 189 269
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del)	434 281	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton	942 189 269
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- uococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di Klebs-Loeffler (Sulla presenza del)	231 250 748	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla)	189 269 475 847
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana	231 250 748 298	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del)	189 269 475 847
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabistole	231 250 748	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del)	189 269 475 847 628 801
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Baccelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente	231 250 748 298 802 501	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di)	189 269 475 847 628 801 867
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulla injezioni intravenose di	231 250 748 298 802 501	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Canoro del fegato (II) dal punto di vista chi-	189 269 475 847 628 801 867
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piccianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulla iniczioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della	231 250 748 298 802 501	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico	242 189 269 475 847 628 801 857
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulla iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infesione sperimentale per)	281 250 748 298 802 501	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chirurgico Cancro del retto (Sul)	242 189 269 475 847 628 501 857 278 749
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- uococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piccianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulla iniczioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipaziona dei)	231 250 748 298 802 501 257 255	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro del retto (Sul) Cancro dello stomaco	942 189 269 475 847 628 801 857 278 749 299
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La peritifiite nei)	231 250 748 298 802 501 257 255	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chirurgico Cancro del retto (Sul)	242 189 269 475 847 628 801 867 278 749 299 444 21
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (Le cirrosi epatiche dei)	231 250 748 298 802 501 257 265 863 299 846	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolos del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro del retto (Sul) Cancro dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo	242 189 269 475 847 628 801 867 278 749 299 444 21 547
Avvelenamento (Un caso di) per antipirina Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- nococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniccioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infesione sperimentale per) Bambini (La costipaziona dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (Le cirrosi epatiche dei) Bambini (Origine della tetania nei)	231 250 748 298 802 501 257 265 863 299 846 351	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un baso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle)	242 189 269 476 847 628 501 867 276 749 2404 21 547 4J2
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echinococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitrificante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniesioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cirrosi epatiche dei) Bambini (Origine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incon-	281 250 748 298 802 501 257 256 863 9846 351	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chirurgico Cancro dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni	242 189 269 475 847 628 801 867 276 749 290 444 421 547 4J2
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- uccocco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presensa del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infesione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (Le cirrosi epatiche dei) Bambini (Corigine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incon- tinanza di urina nei)	231 250 748 298 802 501 257 265 863 299 846 351	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chirurgico Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricorche sulle alterazioni funzionali delle)	242 189 269 476 847 628 501 867 276 749 2404 21 547 4J2
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echinococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitrificante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniesioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cirrosi epatiche dei) Bambini (Origine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incon-	281 250 748 298 802 501 257 256 863 9846 351	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni funzionali delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per)	242 189 269 476 847 628 801 857 278 749 244 21 547 4J2 259
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- uccocco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infazione sperimentale per) Bambini (La cora del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (Crigine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incon- tinenza di urina nei) Bambini (Sulle deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Bagedow (Resesione totale e bilaterale del	231 250 748 298 802 501 255 863 299 846 351 230 717	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni funzionali delle) Carbonchio (Trasmissibilità del) per messo	242 189 269 475 847 628 801 857 278 749 244 412 259 717
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echinococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitrificante del) Bacillo di Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniccioni intravenoce di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La peritifiite nei) Bambini (Crigine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incontinenza di urina nei) Bambini (Sulle deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Basedow (Resessione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malat-	231 250 748 298 802 501 255 863 299 846 351 280 717	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della, riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni funzioneli delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per) Carbonchio (Trasmissibilità del) per messo delle pelli e del cuoio	242 189 269 475 847 628 801 867 278 749 299 444 1547 4J2 259 717
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echinococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitrificante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anacrobicamente Bacterium coli (Sullo iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cirrosi epatiche dei) Bambini (Congine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incontinenza di urina nei) Bambini (Sulle deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Basgedow (Resezione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malattia di) e dell'epilessia	231 250 748 298 802 501 255 863 299 846 351 280 717	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dòtto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della, riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni funzioneli delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per) Carbonchio (Trasmissibilità del) per messo delle pelli e del cuoio Carcinoma della mammella; amputazione col	242 189 269 475 847 628 801 867 278 299 444 217 442 259 717
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- uococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presensa del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sullo iniczioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infesione sperimentale per) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (Le cirrosi epatiche dei) Bambini (Origine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incon- tinensa di urina nei) Bambini (Sulla deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Basedow (Resesione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malat- tia di) e dell'epilessia Batterii patogeni (Della penetrazione dei) a	231 250 748 296 802 501 256 863 299 846 351 280 717	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancero del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro del retto (Sul) Cancro dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni funzionali delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per) Carbonchio (Trasmissibilità del) per messo delle pelli e del cuoio Carcinoma della mammella; amputazione col processo Tansini; guarigione	242 189 269 475 847 628 801 867 278 749 244 21 547 4J2 259 717 804
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echinococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitrificante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anacrobicamente Bacterium coli (Sullo iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cirrosi epatiche dei) Bambini (Congine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incontinenza di urina nei) Bambini (Sulle deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Basgedow (Resezione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malattia di) e dell'epilessia	231 250 748 298 802 501 255 863 299 846 351 280 717	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un baso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni furzionali delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per) Carbonchio (Trasmissibilità del) per messo delle pelli e del cuoio Carcinoma della mammella; amputazione col processo Tansini; guarigione Carcinoma (Isterectomia vaginale per)	242 189 269 475 847 628 801 867 276 749 244 21 547 4J2 259 717 804
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echinococco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitrificante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commune coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La costipazione dei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cirrosi epatiche dei) Bambini (Origine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incontinenza di urina nei) Bambini (Sulle deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Bascelow (Resezione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malattia di) e dell'epilessia Batterii, patogeni (Della penetrazione dei) a traverso l'intestino Batteriologiche ricerche sull'acqua potabile di Ferrara	434 231 250 748 298 802 501 255 863 299 846 351 230 717 281 804 56	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chi- rurgico Cancro (Il) dello stomaco Cancro (Origine del muco in un) del retto Cancro (Un paso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni funzionali delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per) Carcinoma della mammella; amputazione col processo Tansini; guarigione Carcinoma (Isterectomia vaginale per) Carcinoma (Sull') combinato con l'ulcera ro- tonda dello stomaco	242 189 269 475 847 628 801 867 276 749 244 21 547 4J2 259 717 804
Bascelli (Il metodo) per la cura dello echi- uccocco del fegato in Ungheria Bacillo del tetano (Sulla morfologia del) Bacillo di Eberth e del colon (Potere denitri- ficante del) Bacillo di [Klebs-Loeffler (Sulla presenza del) nel catarro acuto della congiuntiva umana Bacillo piocianico e barbabietole Bacterium coli (Sullo sviluppo del) commu- ne coltivati anaerobicamente Bacterium coli (Sulle iniezioni intravenose di soluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura del prolasso del retto nei) Bambini (La cura della tetania nei) Bambini (Crigine della tetania nei) Bambini (Sulla patogenesi e cura della incon- tinenza di urina nei) Bambini (Sulla deformità dentarie prodotte nei) dall'uso del mercurio Bagedow (Resezione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malat- tia di) e dell'epilessia Batterii patogeni (Della penetrazione dei) a traverso l'intestino Batteriologiche ricerohe sull'acqua potabile	231 250 748 298 802 501 257 265 863 299 846 351 230 717 281 804	Bulbare paralisi astenica (Due casi di) Bulbare paralisi astenica (Sulla) o malattia di Erb Bulbo (I centri vasomotori nel) dell'uomo Calcolo del dotto di Warton Calcolosa ostruzione del coledoco (Sulla) Campo visivo (Il valore della riserca del) nella diagnosi generale Canale di Gürner (Tumore cistico del) Cancerigna anemia (Un caso di) Cancro del fegato (Il) dal punto di vista chirurgico Cancro del retto (Sul) Cancro dello stomaco Cancro (Un baso di) esofageo Cantaridi (Falsificazione delle) Capsule surrenali (Ricerche sulle alterazioni furgionali delle) Carbolico acido (Un caso di avvelenamento per) Carcinoma della mammella; amputazione col processo Tansini; guarigione Carcinoma (Isterectomia vaginale per) Carcinoma (Sull') combinato con l'ulcera ro-	242 189 269 475 847 628 801 857 278 749 244 21 547 4J2 259 717 804

ne totale dei genitali esterni maschili per	Cervello (Contributo alla circolazione sangui-
la cura dei) inoperabili del pene	
Cardiaca estopia 57, 8 Cardiaca estopia patologica 29	
Cardiaca estopia patologica 29 Cardiaca insufficienza 86	000
Cardiaca malattia (Un caso di) 31	
Cardiaca sifilide (Sulla) 87	minale totale 825
Cardiache nevrosi (Rumori cardiaci nervosi.	Oheratosi (Melanosi e) arsenicale 425
Contributo al capitolo delle) 46	
Cardiaci (Esercizio muscolare nei) 69	
Cardiaci rumori nervosi. Contributo al capi- tolo delle lesioni cardiache 46	
Cardiaci rumori (Sulla) diagnosi dei sistolici 8	
Cardiopatia sifilitica 69	1 3 4
Cardiopatici (L'attività muscolare nei) 56	Chinina (L'atropina come mezzo di attenuare
Cardio-vascolare apparato (I raggi di Roent-	certi inconvenienti della) 216
gen applicati allo studio del) 10	
Carni infette (Influenza della cottura sulle) 80	1 3.
Carotide interna (Esoftalmo pulsante Lega- tura della) 54	
Caseina (Sull'alimentazione coi preparati di) 58	
Casuistica della Clinica medica di Heidel-	Cirrosi dell'intestino (Le) 227
berg. 24	Cirrosi epatica e diabete bronsino 528
Catarro acuto della congiuntiva umana (Sulla	Cirrosi (Splenomegalia e) 888
presenza del bacillo di Klebs-Loeffler nel, 29	
Catarro gastrico acuto (Pel) Catarro pago-favingeo (D) poi hambini	
Catarro naso-faringeo (II) nei bambini 455 Cateterismo (II) come modificatore della mu-	Ciste congenita (Un caso raro di) del collo e della fossa ascellare 854
cosa uretrale 25	
Cateterismo (Scelta delle sonde uretrali pel)	Ciste del mascellare superiore (Estirpazione di) 58
d'urgenza 86	
Caverna (Dimostrazione di una) con i raggi	tomia 875
Roentgen 81	I m
Cecità (Proposta per l'impiego dei raggi X in alcune forme di) 9	Cistico tumore del canale di Gürner 801 Cistite purulenta (La piperazina contro la
Cefalee (Sulla cura delle) 36	1
Celiotomia vaginale (Sulla) 69	
Cellule nervose (Le fine alterazioni morfolo-	zioni intravescicali d'aria sterilizzata 897
giche delle) nel tetano sperimentale 77	
Cellule nervose (Su alcune particolarità delle)	Cloralaceto fenonossina 575
del midollo spinale messe in evidenza col metodo Golgi 29	Coagulante fermento del sangue (Contributo
Centri sub-corticali (Relazioni tra) e pallio 74	
Cerebrale ascesso otitico (Due casi di) gua-	Coagulazione (Sulla) del sangue epatico 257
riti 27	1 0 0 0 0 mm
Cerebrale ascesso (Un caso di) 82	
Cerebrale emisfero (Sui movimenti degli arti;	diverse varietà di porpora emorragica 810
prodotti dall'ecsitazione del) del lato cor-	Coosins (Eucains e) 658
Carebrale corteccia (I recenti studii sulla	
struttura della)	Coito (L'interrusione del) come causa di ne- urastenia 720
Cerebrale peduncolo (Craniectomia esplorati-	Coledoco (Sull'ostruzione calcolosa del) 847
va. Tubercolo solitario del) 2	
Cerebrale rammollimento ischemico (Contri-	va dell'uomo contro il) 205
buto sperimentale alla conoscenza dell'isto-	Colesteatoma dello orecchio medio 887
genesi del) 77: Cerebrale topografia (Un nuovo metodo di) 82	201001001011111111111111111111111111111
Cerebrale tumore (Un) guarito con la cura	The state of the s
interna 86	
Cerebra'i e spinali malattie familiari eredi-	Colite muco-membronosa (Eritema infettivo
tarie (Sulle forme rare di) 16	complicante una) 888
Cerebrali e spinali malattie (Sulle forme rare	Collo (Sui tumori gassosi del) 181
delle) ereditarie e familiari 121	Collo (Un caso raro di ciste congenita del)
Cerebrali capillari (Sulla questione del lume dei) 24	e della fossa ascellare Colloidos struma (Sn di ma cosa di tumora
Cerebrali tumori (Centributo alla diagnosi	Learning Com at an once at carrier
ed alla cura chirurgica dei) e della epiles-	della regione glutea avente la struttura del) 596 Condilomi ed erusioni pemfigoidi 868
sia jacksoniana 21	Confusione mentale (La) 685
Cerebro-spinale sifilide (Tabe e) 55	Congiuntiva (Sulla presenza del bacillo di
Cervelletto (Ricerche cliniche sulle funzioni	Klebs-Loeffler nel catarro acuto della) uma-
del) 8 Cervello (Colesteatomi del) 69	na 298
Olivetto (Colesteatomi del) 69	Congiuntivale ciste (Della) 490

The second secon

Coniglio (Appendicite epidemics nel)			
Confidence (Whitehard of the abide and the party of the p	802	Demenza paralitica infantile (Sulla)	79
Contagio (II) nelle ferrevie	83		-
Contrattura isterica (Un caso di)	882		74
Cordeina (Cordolo, cordilo e)	719		•=
Cordilo (Cordolo) e cordeina	719	1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	71
Cordolo, cordilo e cordeina	719	bini dall'uso del mercurio	
Ocrea cronica progressiva (Contributo allo		Depilatorio composto	50
		Diabete	67
Studio della)	795	Diabete bronsino (Cirrosi e)	52
Corea (Il sangue nella)	70	Diabete bronzino (Sul)	74
Correction of the correction o	683		51
Corpetto addominale (II) e le sue applicazioni	71	Diabete (Influenza degli idrati di carbonio	
Corticali centri (Relazioni tra sub-) e pallio	747	sul ricambio azotato nel)	27
Costipazione (Contro l'ipercloridria accompa-		Diaframmatica ernia (La diagnosi diretta	
gnata da)	756	della)	44
Costipazione (La) dei bambini	255	Diaframmatici ascessi (I sotto-)	69
Cottura (Influenza della) sulle carni infette	803	Diagnostica importanza (Sulla) dei frammen-	
Uranico invacro (Meningite suppurata conse-		ti di muco estratti dallo stomaco digiuno	27
cutiva all'ablazione di un sarcoma del seno		Diazoreazione (Sulla) e sul suo valore pro-	
frontale grarita con la trapanazione e l'in-		gnostico nel tifo addominale	11
Ura-)	801	Dietilchetone (II) come ipnotico	184
Oraniectomia esplorativa. Tubercolo solitario		Difteria (Sul contenuto in antitossina nei	
del peduncolo cerebrale	20	liquidi del corpo e nei singoli organi dei	
Oraniectomia (Un nuovo caso di edema della		cavalli resi immuni contro la)	29
papilla per focolaio cerebellare o paracere-		Difterite (Contributo alla cura della) col sie-	
bellare curato con la)	854	ro di Behring	-
Craniena radiografia	802	Difterite (Contributo statistico alla sierote-	,
Oraniotomia (Un caso di emorragia trauma-		rapia della)	18
tica intradurale; e proposta di un nuovo		Difterite (I recenti studi sulla)	86
metodo per la ricerca del solco del Ro-		l	150
lando	15	Difterite (Su un'antitossina artificiale della)	TO
	10	l	826
Oreosoto (Sui metodi terapeutici nell'uso del	- 11	febbre	
nattolo e dei prepati di) Cretinismo (Tiroide e)	11	Difterici bacilli (Agglutinazione dei)	474
Onbito (Fretture del)	478	Difter co veleno (Sulla difesa dell'organismo	
Cubito (Frattura del) con lussazione della	000	contro la penetrazione del) a traverso l'in-	904
testa del radio	203	testino	80
Ouore (Contributo allo studio della funzione	~~	Digitalina e strofantina	47
ritmica del)	258	Digitale (Sull'azione dissociata della) nell'asi-	_
Cuore (L'attività muscolare nelle malattie di)	381	stolia 57	, 75
Cuore (Rallentamento insolito del polso, per		Disinfettanti per le sputacchiere	756
lesione dei nervi intrinseci e dei gangli del)	514	Disinfezione (La) con acqua calda ed al-	
Cuore (Sull'azione degli estratti della capsula		cool	645
soprarenale sul) e sulla pressione sangui-		Disinfezione (Per la) della bocca e faringe	575
gus.	185	Dismenorrea (Contro la) con metrorragia	504
Cuore (Sulle alterazioni del tono e sugli al-		Dismenorrea (Nuovi rimedi contro l'amenor-	
tri menomeni graficamente ottenibili nelle 4		rea e la)	434
sezioni dei) di mammiferi mediante la sti-		Dispepsia duodenale (La) e sua cura	642
molacione elettrica	~~~		
	298	Diverticoli (I) dell'esofago e del faringe	589
Ouore (Un caso di vizio congenito di)	298 381	Diverticoli (I) dell'esofago e del faringe Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del-	589
Cuore (Un caso di vizio congenito di) Cutanea eruzione (A proposito di una) pato-		Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del-	589
cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica	381		589 419
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica		Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici	
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica	381 680	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Dulcina (Sulla)	4 19
cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle)	381 680 689	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici	4 19
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) della mani e dei	381 680	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Du'cina (Sulla) Duodecale dispepsia (La) e sua cura	4 19
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui cottogi	381 680 689 474	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Dulcina (Sulla)	4 19
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui cottogi	381 680 689 474 818	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Du'cina (Sulla) Duodecale dispepsia (La) e sua cura	4 19
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni	381 680 689 474	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura	4 19
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor-	381 680 689 474 818 870	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polve-	419 134 642
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor- ragico con)	381 680 689 474 818 870 580	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi del- le arterie intercostali negli arterio-solero- tici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura H Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polve- ri di una caserma	4 19
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor-	381 680 689 474 818 870	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e	419 134 642 484
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor- ragico con)	381 680 689 474 818 870 580	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura El Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante	419 134 642 484 880
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor- ragico con)	381 680 689 474 818 870 580	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave sensa bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita	419 134 642 484
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor- ragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della)	381 680 689 474 818 870 580	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (II metodo Baccelli	419 134 642 484 880 578
Cutanea eruzione (A proposito di una) pato- genetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenor- ragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della)	381 680 689 474 818 870 580	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'oina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserna Eberth (Setticemia grave sensa bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Oiste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria	419 134 642 484 880 578 281
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e	381 680 689 474 818 870 580 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'oina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una casserna Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (II metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57,	419 134 642 484 880 578 981
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanea indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanea trapiantazioni Cutanea trapiantazioni Cutanea disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica	381 680 689 474 818 870 880 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Oiste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57, Eczema cronico	419 134 642 484 880 578 281 80 759
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica Deciduoma maligno (Sul)	381 680 689 474 818 870 580 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiace 57, Eczema cronico Eczema da tricophiton. Sifiloderma tardivo	419 134 642 484 880 578 981 80 759
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica Deciduoma maligno (Sul) Deferenti dòtti (Resezione dei)	381 680 689 474 818 870 580 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Dulcina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura Electria (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57, Eczema cronico Eczema da tricophiton. Sifiloderma tardivo Eczema seborroico o seborreite	419 134 642 484 880 578 981 759 516 768
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica Deciduoma maligno (Sul) Deferenti dotti (Resezione dei) Degenerazione ascendente (Effetti della) sui	381 680 689 474 818 870 580 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave sensa bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57, Eczema cronico Eczema da tricophiton. Sifiloderma tardivo Eczema seborroico o seborreite Eczema secco (Contro l')	419 134 642 484 880 578 981 759 516 768 576
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica Deciduoma maligno (Sul) Deferenti dotti (Resezione dei) Degenerazione ascendente (Effetti della) sui gangli delle radici nervose posteriori e sul-	381 680 689 474 818 870 580 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave sensa bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57, Eczema cronico Eczema da tricophiton. Sifiloderma tardivo Eczema seborroico o seborreite Eczema secco (Contro l') Eczema umido (Contro l')	419 134 642 484 880 578 981 769 576 576 576
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica Deciduoma maligno (Sul) Deferenti dotti (Resezione dei) Degenerazione ascendente (Effetti della) sui gangli delle radici nervose posteriori e sulle corna anteriori del midollo	381 680 689 474 818 870 880 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave sensa bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Ciste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57, Eczema cronico Eczema da tricophiton. Sifiloderma tardivo Eczema seboroico o seborreite Eczema seboroico (Contro l') Eczema umido (Contro l') Edema angio-neurotico (L')	419 134 642 484 880 578 981 759 516 768 576
Cutanea eruzione (A proposito di una) patogenetica Cutanea lesione di natura sifilitica Cutanea congestioni (Azione del simpatico sulle) Cutanee indurazioni (Sulle) delle mani e dei piedi in discendenti d'individui gottosi Cutanee trapiantazioni Cutanei disturbi trofici (Reumatismo blenorragico con) Cute (Sarcomatosi congenita della) Deambulazione (Esperienze sulla) normale e patologica Deciduoma maligno (Sul) Deferenti dotti (Resezione dei) Degenerazione ascendente (Effetti della) sui gangli delle radici nervose posteriori e sul-	381 680 689 474 818 870 880 826	Dolore puntorio (II) laterale e la stenosi delle arterie intercostali negli arterio-solerotici Du'cina (Sulla) Duodenale dispepsia (La) e sua cura HI Eberth (Presenza del bacillo di) nelle polveri di una caserma Eberth (Setticemia grave senza bacillo di) e con reazione agglutinante Echinococco (Oiste da) dell'orbita Echinococco del fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello) in Ungheria Ectopia cardiaca 57, Eczema cronico Eczema da tricophiton. Sifiloderma tardivo Eczema seboroico o seborreite Eczema seosco (Contro l') Eczema umido (Contro l') Edema angio-neurotico (L')	419 134 642 484 880 578 981 769 576 576 576

to con la graniectomia	854	Epatopatie (La rigenerazione del fegato nelle)	577
Edemi nervosi ed artritici (Gli)	279	Epidemia di infezione biliare primaria (Una)	191
Elasticità (Ricerche sperimentali sulla crea-		Epididimite (Orchite gommosa;) con uretrite	
zione della) e dell'energia che le dà origine	OFO	cistite purulenta del collo	674
nei muscoli in contrazione volontaria	258	Epilessia (Coediuvante per la cura dell')	618
Elejantiasi	507	Epilessia (Di una stigmata permanente della)	409
Elefantiasi (Legatura della femorale sinistra	417	Epilessia jacksoniana (Contributo alla dia-	
per) della gamba e del piede	216	gnosi ed alla cura chirurgica dei tumori	241
Elenina (L') Elettrica stimolazione (Sulle alterasioni del		cerebrali e della) Epilessia jacksoniana (Tumore del lobo fron-	
tono e sugli eltri fenomeni graficamente		tale; nefrite acuta;)	75
ottenibili nel's 4 sezioni del suore dei mam-		Epilessia (Resegione totale e bilaterale del	**
miteri mediante la)	298	simpatico cervicale per la cura della ma-	
Elasticità (L') in ginecologia	28	lattia di Basedow e della)	281
Electro-diagnostica ed elettro-terapia (Sui re-		Epilessia sperimentale	280
centi lavori di)	401	Epilessia traumatica (Un caso di); trapana-	
Elettro-terapia (Sui recenti lavori di elettro-		_ sione; miglioramento	551
diagnostica ed)	401	Epilettica ed isterica sindrome convulsiva.	
Ematemesi fulmines (Ulcera gastrica), morte	40 6		, 62
Ematolusi in una intesione streptosocchica;		Epiploica ernia sottombelicale	475
guarigione	299	Epistassi ribelli (Contro le)	720
Ematoma orbito-palpebrale recidivante in una		Epitelioma della faccia	802
emofilica	654	Epitelioma linguale; amputazione della metà	787
Ematomielia centrala del cono midellare Ematuria (Sull')	5241	della lingua; guarigione Epitelioma (Rapporti tra leuco-cheratosi ed)	
Emboli asettici (Lesioni midollari sperimen-		Elb (Sulla paralisi bulbare astenica o malat-	PU
tali prodotte da)	960	tia di)	169
Emistrofia facciale progressiva (Un caso di)		Ereditarie e familiari malattie (Sulle forme	100
Emiplegia crociata (La sindrome di Weber	481	rare delle) cerebrali e spinali	121
Emiplegia spinale (La)	238	Ereditarietà della tubercolosi (L')	769
Emiplegia (Sulla partecipazione del nervo		Ereutotobia (L') Fobia d'arrossire	583
facciale superiore nell') 168,		Erisipela (Contro l')	486
Emispasmo facciale	555	Eritema infettivo complicante una coiite mu-	
Emofilica (Ematoma orbito-palpebrale reci-		_ co-membranoss	888
divante in un')	664	Eritema polimorio	872
Emoglobinuria da malaria	609	Ermafroditismo (Un caso di)	881
Emorragia (Un caso di) traumatica intradu-		Ernia (Complicanse tardive in una cura ra-	
rale; craniotomia e proposta di un nuovo		dicale di)	475
metodo per la ricerea del solco di Rolando	35 547	Ernia crurale stronzata (Resezione intestina- le per) con applicazione del bottone di Mur-	
Emerragies porpora Emerragie gastro-enteriche (La cura delle)		phy	442
dei neonati	249	Ernia diaframmatica (La diagnosi diretta	444
Emorragio (Le inicaioni intravenose di siero		dell')	442
artificiale dopo le) operative ed accidentali	8	Ernia epiploica sottombelicale	475
Emorragie (Osteomielite infettiva della ti-		Ernie femora'i (Sall' operazione preferibile	_,_
bia sinistra; amputazione;) ripetute della		nella cura radicale delle)	46
femorale; guarigione	648	Ernia inguinale (Operazione radicale di)	60
Emorragipare proprietà delle tossine	655	Ernia inguinale bilaterale; operazione radi-	
Emostasia (Sull'apparecchio per disinfesio-	900	_ cale, guarigione	876
ne ed) col vapore d'acqua sotto pressione	862	Ernia ombelicale (Cura dell')	149
Emostatico uterino (L'acqua ossigenata come		Ernia retro-peritoneale incarcerata	858
Emottisi (Prognosi delle) Empiema pulsante (Un caso di)	689 689	Ernia inguinale sinistra voluminosa. Opera-	700
Endemia malarica (Sopra una circoscritta)	808	sione radicale, guarigione Ernia peritoneo-vaginale; cura radicale	738 713
Endocardite (L') diplocochica	537	Esotageo cancro (Un caso di)	547
Endoscopia nasale (Sull')	449	Esofago (I diverticoli dell') e del faringe	589
Enfisema di tutti i visceri	44 t	Esofage (Una moneta fissa nell')	416
Enfisema sottocutaneo	847	Esoftalmo (Acromegalia gozzo ed)	408
Entamosha hominis seu amosha coli	804	Esoftalmo pulsante. Legatura della caroti-	
Enterite mucosa (L')	75L	de interna	546
Enterite tubercolare a forma tifoide	182	Estratti organici (Sulla cura delle malattic	
Enteropatie sifilitiche (Le)	769	nervose e mentali mercé gli)	857
Enterocolite ed appendicite	874	Estrattive materie riduttrici (Desamento	
Easimi (Sulla presunta tossicità degli)	848	delle) degli organi)	257
Epatica asistolia (L')	617	Eterizzazione (Mutismo isterico; guarigioni	405
Epatica tetania (La)	170	multiple ottenute con l')	497
Epatici ascessi (Gli) nei bambini	410	Eteromane (Iperestesia auditiva dolorosa	748
Epatico ascesso operato e successivamente apertosi nella pelvi renale	408	in un) Eucains e cocsins	658
Epatite interstigiale (Splenomegalia primiti-		Eucaina (L') in chirurgia	572
	961	Euchinina	504

•	- 1	Fibrina (Azione della) nalla flogosi delle sie-	
Tr Control of the Con		rose e del connettivo	874
	1	Fibroma (Un caso di retroflessione gravidica	
Faccia (Crisi ipersecretorie nel tic doloroso		per) preso per gravidanza estrauterina	475
della)	748	Fibrosarcoma della escavazione pelvica	881
\p ,	692	Filicinico acido (Contributo alla conoscenza	101
Tabout may	5 63	del gruppo del)	185
Fame vorace e sete dopo trauma e malattia	,,,, l	Fimosi (Contributo all'operazione della)	788 157
	703	Fistola vescico-vaginale (Feto idrocefalico)	837
Familiari malattie cerebrali (Sulle forme rare	721	Fistole vescico-vaginali (Cura delle)	749
	80	Fistole vescico-vaginali (Sulla cura delle) Fistolosi tragitti (Cura dei)	144
	589	Flebite otitica del sinuslateralis	653
Faringeo riflesso (L'abolizione del) e suoi		Flittenosi sintomatica	552
	69	Fl. g. si d lle sierose e del connettivo (Azic-	•
	258	ne della fibrius nella)	874
Febbre puerperale (L'unguento mercuriale		Form liperidina	861
	860	Fosforo (Sul dosamento del) organico nella	
	487	urina	176
Febbre tipoide (Il brodo nella)	21	Frattura dell'asse	811
Febbricitante organismo (Come si origina lo		Fratture della gamba (Le ferite delle arterie	
	294	nelle)	748
Febbri gastro-intestinali semplici della 2ª in-		Freddo (Influenza del) sulla secrezione uri-	
_ fansia_	8	naria	259
	B2 3	Fratture dell'arto inferiore (La cura ambu-	
, Fegato (Il cancro del) dal punto di vista chi-	070	latoria nelle)	716
	278	Frenosi della vecchiaia (Le)	841
Fegato (Il metodo Baccelli per la cura dello	OOT	Frontale lobo (Tumore del); nefrite acuta;	
	281	epilessia jacksoniana	75
Fegato (Influenza del) Sull'azione anticoa-	04	Frontali seni (Sulle raccolte mucose o puru-	
gulante del peptone	21	lente dei)	849
Fegato (Ittero sifilitico ed atrofia acuta del) in corso di sifilide recente	414	Fungo (Ricerche fisiologiche su un nuovo):	005
	577	l'eurotiopsis	287
	197	Funghi (L'avvelenamento per)	829
Fegato (Melanosarcomi dei gangli linfatici	10.	Funghi (Sull'avvelenamento per)	417
TORESO (MICIONICO CON CONTROL INTERIOR			
	675	G G	
del) e del panoreas	€75	Gemba (Cura dall' planta della)	715
del) e del pancreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero		Gamba (Cura dell' ulcera della) Gamba (Lo forita della arteria nella frattura	715
del) e del pancreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione	€75 5 97	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture	
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo		Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della)	715 743 56
del) e del pancreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione	59 7	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui)	748
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) 5	59 7	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di)	743 56 665
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei	597 208 545	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e pato-	743 56 665
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) 4	597 208	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di)	743 56 665 70
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri-	597 208 545 447	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e pato- logico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi	743 56 665 70 598
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) 2	597 208 545 447 266	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e pato- logico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla)	743 56 665 70 598
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) 7	597 208 545 447 266 722	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e pato- logico; fermentasioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione	743 56 665 70 598 406
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del)	597 208 545 447 266	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella)	743 56 665 70 598 406
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele-	597 208 545 447 266 722 485	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi	743 56 665 70 598 406 688 450
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Ur collinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede	597 208 545 447 266 722	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel)	743 56 665 70 598 406
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femora (Ginocchio valgo rachitico; ostrote-	597 208 545 447 266 722 485	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermen-	743 56 665 70 598 406 688 450 486
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione	597 208 545 447 266 722 485 417	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel)	743 56 665 70 598 406 688 450 486
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del)	597 208 545 447 266 722 485 417	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia	743 56 665 70 598 406 688 450 486 185 708
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome	597 208 545 447 266 722 485 417	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentasioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentasioni gassose nel) Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La)	743 56 665 70 598 406 688 450 486 186 708 828
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fuoco (Contributo allo stu-	697 208 545 447 266 672 2485 417 376 251 202	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla)	743 56 665 70 598 406 688 450 486 185 708 828 431
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (G'inocchio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanasione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fuoco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca	697 208 545 447 266 772 485 417 376 251 202	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastropatie (Sulle) per abuso di farmachi	743 56 665 70 598 406 688 450 486 186 708 828
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Ginocchio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti	697 208 545 447 266 672 2485 417 376 251 202	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) 165, Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastropatie (Sulle) per abuso di farmachi Gastrorragia e perforazione nell'ulcera ga-	749 56 665 70 598 406 688 450 486 185 708 828 431 258
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Ginocchio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio	697 208 545 447 266 772 485 417 376 251 202	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastropatie (Sulle) per abuso di farmachi Gastrorragia e perforazione nell'ulcera gastrica	743 56 665 70 589 406 683 450 486 185 828 431 258 683
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu-	597 208 545 447 266 772 485 417 376 251 202 690 264	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla)	743 566 665 70 598 406 688 450 486 185 708 898 431 258 688 485
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femora (Ginocchio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fuoco (Contributo allo studio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone	697 208 545 447 266 772 485 417 376 251 202	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) 165, Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastrorragia e perforasione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei)	743 566 665 70 598 406 688 450 486 185 708 898 431 258 683 485 874
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento cosgulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidante (Presenza di un) iu certi	597 208 545 447 266 772 485 417 376 251 202 690 264	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastroragia e perforasione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nani-	743 566 665 70 598 406 688 450 486 185 708 898 431 258 683 485 874
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Ginocchio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidante (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acefali	597 208 545 447 266 722 485 417 376 251 202 390 364	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) 165, Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastrorragia e perforasione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei)	743 566 665 70 539 406 688 450 431 258 683 431 258 683 474 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Ginocchio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidante (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acetali	597 208 545 447 266 722 485 417 376 251 202 390 364	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastro-enterostomia (Gastro-enterostomia (Sulla) Gastropatie (Sulle) per abuso di farmachi Gastrorragia e perforazione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nanismo generale	743 566 665 70 539 406 688 450 431 258 683 431 258 683 474 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Ginocchio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferita d'arma da fuoco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidate (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acetali Fermento ossidativo (Sulla conoscenza del)	597 208 545 447 266 722 485 417 376 251 202 390 364	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia (Gastro-enterostomia (Sulla) Gastropatie (Sulle) per abuso di farmachi Gastrorragia e perforasione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nanismo generale Genitali esterni (Nuovo processo per l'aspor-	743 566 665 70 539 406 688 450 431 258 683 431 258 683 474 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femora (G'incochio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fuoco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermento ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidante (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acefali Ferno (Sull'assorbimento del) nell'intestino e sulla sua relazione con la formazione del sangue	597 208 545 447 266 672 485 417 376 251 202 690 264	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrico disturbi della tubercolosi Gastrico catarro acuto (Pel) Gastrico succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) 165, Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastrorragia e perforazione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nanismo generale Genitali esterni (Nuovo processo per l'asportazione totale dei) maschili per la cura dei	743 566 665 70 589 406 688 450 486 185 708 598 431 258 683 485 874 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femora (Gincochio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanasione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo studio dello) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento cosgulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'axione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidante (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acefali Fermento ossidativo (Sulla conoscenza del) Ferro (Sull'assorbimento del) nell' intestino e sulla sua relazione con la formazione del sangue Ferrovie (Il contagio nelle)	597 208 545 447 266 722 485 417 376 225 390 364 260 258 186	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffic ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici gassose nel) Gastrici gassose nel) Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostom	743 566 665 70 598 406 688 450 486 185 708 898 431 258 683 485 874 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidante (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acefali Fermento ossidativo (Sulla conoscenza del) Ferro (Sull'assorbimento del) nell' intestino e sulla sua relazione con la formazione del sangue Ferrovie (Il contagio nelle) Fetale ritenzione per 5 mesi	597 208 545 447 266 722 485 417 376 2251 202 390 364 268 185	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastrorragia e perforazione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nanismo generale Genitali esterni (Nuovo processo per l'asportazione totale dei) maschili per la cura dei carcinomi inoperabili del pene Ghiandole salivari (La tubercolosi delle) Ginecologia (L'elettricità in) Ginocchio (Achilosi ossea ad angolo acuto	743 566 665 70 539 406 688 450 486 431 258 683 485 874 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (Gincochio valgo rachitico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanasione del) Ferita penetrante dell'addome Ferite d'arma da fucco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'asione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidate (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acefali Fermento ossidativo (Sulla conoscenza del) Ferro (Sull'assorbimento del) nell' intestino e sulla sua relazione con la formazione del sangue Ferrovie (Il contagio nelle) Fetale ritenzione per 5 mesi Fiammiferi (Sul miglioramento sanitario del-	597 208 545 447 2266 772 485 417 376 251 202 390 364 260 258 185 72	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforasione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastropatie (Sulle) per abuso di farmachi Gastrorragia e perforasione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nanismo generale Genitali esterni (Nuovo processo per l'asportazione totale dei) maschili per la cura dei carcinomi inoperabili del pene Ghiandole salivari (La tubercolosi delle) Ginecologia (L'elettricità in) Ginocchio (Achilosi ossea ad angolo acuto del); resezione cuneiforme; guarigione	743 566 665 70 589 406 688 450 486 185 708 598 431 258 683 485 874 718
del) e del panoreas Fegato (Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del) Fegato (Studio sperimentale sulla resezione del) nei cani e nell'uomo Fegato (Sulla diagnosi dei tumori maligni del) Fegato (Sulla diagnosi e cura chirurgica dei neoplasmi del) Fegato (Un caso di actinomicosi umana pri- mitiva del) Fegato (Un caso di laparotomia per ferita del) Fegato (Urobilinuria per contusione del) Femorale (Legatura della) sinistra per ele- fantiasi della gamba e del piede Femore (G'incochio valgo rachilico; ostroto- mia lineare del); guarigione Femore (Trapanazione del) Ferita penetrante dell'addome Ferita d'arma da fuoco (Contributo allo stu- dio delle) nella bocca Fermenti ossidanti (Sui) dei tessuti Fermento coagulante (Contributo allo studio del) del sangue e dell'azione anticoagu- lante del propeptone Fermento ossidate (Presenza di un) iu certi tessuti dei molluschi acefali Fermento ossidativo (Sulla conoscenza del) Ferro (Sull'assorbimento del) nell' intestino e sulla sua relazione con la formazione del sangue Ferrovie (Il contagio nelle) Fetale ritenzione per 5 mesi Fiammiferi (Sul miglioramento sanitario del-	597 208 545 447 2266 772 485 417 376 251 202 390 364 260 258 185 72	Gamba (Le ferite delle arterie nelle fratture della) Gangli spinali (Sui) Gangrena polmonare (Due operazioni di) Gas dello stomaco allo stato normale e patologico; fermentazioni stomacali e loro gas Gastrica aria (Di un soffio ascoltato sulla) della sua patogenesi Gastrica ulcera, ematemesi fulminea, morte Gastrica ulcera (Gastrorragia e perforazione nella) Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici disturbi della tubercolosi Gastrici succo (Sul meccanismo delle fermentazioni gassose nel) Gastro-enterostomia Gastro-enterostomia (La) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastro-enterostomia (Sulla) Gastrorragia e perforazione nell'ulcera gastrica Gastrostomia Geloni (Patogenesi e cura dei) Gengive (Un caso d'ipertrofia delle) con nanismo generale Genitali esterni (Nuovo processo per l'asportazione totale dei) maschili per la cura dei carcinomi inoperabili del pene Ghiandole salivari (La tubercolosi delle) Ginecologia (L'elettricità in) Ginocchio (Achilosi ossea ad angolo acuto	743 566 665 70 598 408 688 450 486 486 481 2258 683 486 874 718 77 550 28 875

Minimum and Market and Administration of the same of t	- 1	Times and the at the following the alle	
Ginocchio valuo rachitico; osteotomia linea-	one	Idros vacciniforme di Basin (Contributo allo	804
re del femore, guarigione	876	studio dell')	586
Glicerina (La) per inicationi ipodermiche	108	Irocefalico feto. Fistola vescico-vaginale	157
Glicerofosfati (Dei)	571	Idroterapia (L') nella sifilide	140
Glucosuria (Sulle condisioni dell'insorgere		Immunità (Sul meccanismo dell') dei sieri	
della) in seguito ad avvelenamento per os-		antitossici per le tossine non microbiche	165
sido di carbonio	186		7/
	647	Impulsi collezionistici	•••
Glutoide	021	Incontinenza dell'urina (Sulla patogenesi e	ode
Gola (Le malattie del naso e della) in rap-	***	oura della) nei bambini	980
porte alla medicina generale	529	Intantile pratica (L'alcool nella)	767
Gomma del malleolo destro	811	Intansia (La necformazione sub-linguale	
Gomma ulcerata	688	della)	895
Gommosa orchite; epididimite con uretrite e		Infermiera (Le) e la bicieletta	804
eistite purulenta del collo	674	Infettive malattie (Esame batteriologico del	
	012		
Gonococco (II) e la profilassi pubblica della	844	sangue nelle), particolarmente nella pneu-	-
gonorrea	840	monite	92
Gonococco (Presensa del) in un versamento		Infettive malattie (Il vescicatorio nelle)	491
articolare d'individuo non sofferente di go-		Infettivo processo inflammatorio (Influensa	
norrea	691	della temperatura sull')	779
Conorrea (Il gonococco e la profilacci pubbli-		Infesione biliare primaria (Una spidemia di)	192
	940		
ea della)	840	Inflammatorio processo, injettivo (Influenza	700
Gonorrea (La piperazina contro la) e la ci-		della temperatura sull')	779
stite purulenta	479	Iniesione ipodermies (Gli olii per)	254
Gonorrea (Presenza del gonococco in un ver-		Iniesioni intramuscolari (Cura della sifilide	
samento articelare d'individue non soffe-		con le) di salicilato di mercurio	809
rente di)	691	Iniesioni intravenose (Sulle) di solusione sa-	
Gotta (La cura della) nel 800	563	lina semplice, nella cura della infesione spe-	257
Gotta (La radiografia della)	826	rimentale per bacterium coli	
Gozzo (Acromegalia), ed esottalmo	408	Iniesicai ipodermiche (La glicerina per)	108
Gozzo epidemico (Sulla etiologia del)	814	Insufficienza e stenosi della mitrale	691
Gozzo esoftalmico (La cura chirurgica del)	837	Insufficienza miocardica (Sui recenti metodi	
Gosso osoftalmico (Sull' intervento chirurgi-		ourativi della)	209
eo mel)	809	Intelligensa e tabacco	884
	903		776
Gosso esoftalmico; tiroidectomia; morte ra-		Intestinale occiusione (Sulla)	114
pida	54 6	Intestinale resexione per ernia erurale stros-	
Gozzo metastatico (Un caso di)	621	sata con applicazione del bottone di Mur-	
Geamo (Sulla cura chirurgico del)	458	ph y	446
Gozzo tircideo (Guarigione di un) alla vigi-		Intestino (Della penetrazione degli agenti pa-	
lia dell'operazione mercè la cura tiroidea	428	togeni attraverse l')	804
Gravidanza extrauterina; feto ritenuto per	-	Intestino grosso (Epicrisi lontana di due casi	
		di tumore melione estimate dell'	708
tre mesi; ablazione totale della ciste fetale.	OAD	di tumore maligno estirpato dall')	
Isterectomia addominale; guarigione	802	Intestino (Le cirrosi dello)	227
Gravidanza extrauterina in via di regressio-		Intestino (Litiasi intestinale e renella dello)	801
ne; estirpazione; guarigione	22	Intestino (Semiologia del contenuto urobili-	
Gravidanza estrauterina (Un caso di retrofles-		nico dell')	84
sione gravidica per fibroma preso per)	475	Intestino (Sull'assorbimento del farro nello)	
Gravidansa (La oura del vomito incoercibile		e sulla sua relazione con la formazione del	
della)	61	sangue	296
Gravidansa (Urinaria ossicità nella)	20	Intestino (Sulla difesa dell'organismo contro	
Gravide (Iperemesi delle)	649	la panetrazione del veleno difterico attra-	
Gravide (L'acqua ossigenata nel vomito delle)		verso lo)	800
Guaracolato di piperidina (II)	861	Intossicazione acuta per vapori nitrosi	802
Guajacolo etilenato	862	Intradurale resessione delle radici posteriori	848
Guaiacolo (11) associate con altri farmachi	72	Intussuscezione (Sulla patogenesi dell')	681
Gusiacolo (Il fosfato di)	802	Ioseina (La)	291
Guaiscolo (II) per iniesione ipodermies	12	Ipercloridria (Contro l') accompagnata da co-	
Utimer (Tumore cistico del canale di)	801	Stipazione	756
		Iperoloridrici (Cura delle crisi parceistiche	
E		degli)	80
		Iperoloridria (Cupa delle diverse forme clini-	
****		che della)	809
Hodgkin (Morbo di) e tubercolosi in un bam-		Iperoloridrie (Le)	800
bino	82	Iperemesi delle gravide	
Hodgkin (Sull'azione dell'arsenico nella ma-		Tromestoria auditima delegante la manda del	649
lattin di)	814	Iperestesia auditiva dolorosa in un eteromane	
		Therrescontrost (Tigeseras (SITTI.)	16:
_		Ipersecretorie crisi nel tio doloroso della	
I		faccia	746
		Ipertrofia delle gengive (Un caso di) con na-	
Idiosia meningo-encefalica (Meningo encefa-		nismo generale	716
lite cronica o)	724	Ipertrofia prostation (Sulla sura operativa	
Idrati di carbonio (Influenza degli) sul ri-		moderna della)	210
sambio saotato nel dishete		Ipnagogico delirio (Due casi di)	978
Idriatria (L') in pediatria	148	Ipnotici (Gli) più in uso	496

Trido-corolditi infettive e simpatiche (Inie-		bacillo delle nedosità delle) Lepra (La contagiosità della)	\$87 504
zioni sottocongiuntivali di sublimato nelle) Ischialgia (Sul valore terapeutico della com-		Lepra (Sulla questione della contagiosità della)	72 l
pressione percutanea del nervo ischiatico nella cura dell')	59 6	Leptomeningi (Un caso di sarcomatosi dif- fusa delle) del sistoma nervoso centrale	169
Isterectomia addominale; guarigione (Gravidanza extrauterina; feto ritenuto per 3 me-		Leucemia (Ádenite senza)	887
si. Ablazione totale della ciste fetale)	802	Leucemia (Contribuzione alla conscenza cella Leucemia lintatica d'origine splenica	91 22
Isterectomia addominale (Parto cesareo segui- to da)	323	Leucemia (Sulla leucocitolisi nella) e nelle	99
Isterectomia vaginale per carcinoma Isterica contrattura (Un caso di)	59 882	anemie gravi Leucociti (Sui) nel latte umano	800
Isterica ed epilettica sindrome convulsiva. Ti-		Leucocitolisi (Sulla) nella leucemia e nelle anemie gravi	99
pi convulsivi isterici non comuni Isterica sindrome convulsiva ed epilettica.	62	Leuco-cheratosi (Rapporti tra) ed apitelioma	95 784
Tipi convulsivi isterici non comuni Ist riche convulsioni (Sulla rigilità delle pu-	1	Leucoderma e melasma del viso Levulosuria (Sulla)	30
pille nelle)	139	Lezione di ch'usura dell'anno scolastico 95-96 Licetolo	807 719
Isterici tenomeni oculari curati con la sug- gestione	130	Ligamento rotondo (Mioma del) sinistro	600
Isterico mutismo; guarigioni multiple otte- nute con l'eterizzazione	497	Linta (Sull'azione della pilocarpina, dell'astro- pina e del peptone sul sangue e sulla)	177
Isterismo (L'abolizione del riflesso faringeo e		Linfangioite pneumococchica	471
suoi rapporti con l') Isterismo (Sull'associazione dello) con la	69	Lingua (Epitelioma linguale; amputazione di metà della); guarigione	786
tabe	268	Linguale neoformazione dell'infanzia (La sub-) Linite plastica del Brinton	825 97
Isteromiomectomia totale addominale Isteromiomectomia totale addominale ed an-		Lipoma (A che cosa può servire un)	199 622
nessectomia bilaterale Isteropessia addominale (Ooforosalpingecto-	60	Lipoma del tensor fasciae latae Lipoma perineo-scrotale	837
mia bilatera'e ed)	5 8	Litiasi biliare (Per la) Litiasi biliare (Valore clinico della infezio-	\$ 5
Isteropessia (Ooforosalpingectomia bilatera- le ed)	59	ne nella etiogenesi della)	817 871
Ittero sifilitico ed atrofia acuta del fegato in corso di sifilide recente	414	Litiasi intestinale e renella dell'intestino Litina (Jodato di)	435
Ittiolo (L') nella cura delle punture d'insetti	648	Little (Autopsie di morbo di) Lupus	87 2 842
Ittiolo (L') per via ipodermica Itrolo ed actolo (Formule dell')	501 708	Lupus (Sifiloderma papuloide tardivo e):	503
Itrolo (L') e l'actolo in clinica privata	570	Lupus (Ulcera cronica e) curati con l'ossi-	417
Thuorico (Ti districustons come)	154	geno	
Apnotico (Il distilchetone come)	154	geno Lussazione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica	567
J		Lussarione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica	
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri	485 376	Lussazione (La) inveterata dell'anca e la sua	
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato d' ossido di mercurio	485 376 485 435	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LA Malaria (Asione della milza nella)	567 658
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina	485 376 485	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LA Malaria (Asione della milza nella)	567 658 508
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato d' ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica	485 376 485 435 436 376	Lussazione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Azione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da)	567 658
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di)	485 376 485 435 436 876 789 492	Lussazione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LL Malaria (Azione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della)	567 658 508 775 49
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia	485 376 485 435 485 436 876 789	Lussazione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LA Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malarica endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma del)	567 658 508 775
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di)	485 376 485 435 436 876 789 492	Lussasione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LA Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) Mammella (Carcurema della) amputazione sel	567 658 508 775 49 808 811
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di sodio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul)	485 376 485 435 436 876 789 492	Lussasione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) Mammella (Caronoma della) amputazione del processo Tangini, guarigione Mammella (Estirpazione di) e vuotamento	567 658 508 775 49 808 811
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato d' ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta	485 376 485 435 436 876 789 492 549 801	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malarica endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) Marmella (Carcuma della) amputazione sel processo Tancini, guarigione Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo	567 658 508 775 49 808 811 875 59
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodato di stricnina Jodoici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lessione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia per ferita del fegato (Un caso di	485 376 485 435 436 476 789 492 539 801	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Bulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) amputazione sel processo Tauni, guarigione processo Tauni, guarigione Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo Marmor k (S reptococca siero di)	567 658 508 775 49 808 811
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodato di stricnina Jodoici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) L Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia per ferita del fegato (Un caso di Laparotomia (Sugli effetti della) nella per'-	485 486 486 486 486 487 488 492 549 801 498 55 722	Lussasione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malarica endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) Marmella (Caronoma della) amputazione sel processo Tancini, guarigione Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Manuor k (S reptococca a siero di) Massellare superiore (Estirpazione di ciste del)	567 658 508 775 49 808 811 875 59
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia (Sugli effetti della) nella peritonite tubersolare fibrosa cronica Laringe (Autoscopia della) e della trachea	485 376 485 435 436 436 876 789 492 549 801 498 55 722 25 128	Lussasione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria endemia (Sopra una circosoritta) Malleolo destro (Gomma della) amputazione del processo Tanaini, guarigiona Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo Marmor k (S reptonecca a siero di) Mascellare superiore (Estirpazione di ciste del) Mastoidite suppurata (Otite media. Rottura del timpano)	567 658 508 775 49 808 811 875 59 117 3378
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia (Sugli effetti della) nella per'tonite tubercolare fibrosa cronica Laringe (Autoscopia della) e della trachea Laringee operazioni (Sulle grandi)	485 485 485 485 486 876 789 492 599 801 498 55 722 25	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) amputazione sel processo Tausini, guarigions Mammella (Caronoma della) amputazione sel processo Tausini, guarigions Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo Marmor k (S reptococca a siero di) Masseellare superiore (Estirpazione di ciste del) Mastoidite suppurata (Otite media. Rottura del timpano) Meckel (Un caso di prolasso di un diverti-	567 658 508 775 49 808 811 875 59 117 378
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di ossido di mercurio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodato di stricnina Jodoi (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia (Sugli effetti della) nella peritonite tubersolare fibrosa cronica Laringe (Autoscopia della) e della trachea Laringe- tracheale ozena (Sul) primario Lasègue Carlo	485 436 436 436 436 436 789 492 549 801 438 55 722 25 128 690 877 93	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LA Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Eicerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malarica endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) amputazione cel processo Taucini, guarigiono Mammella (Carcinoma della) amputazione cel processo Taucini, guarigiono Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo Marmorik (Sireptonocci a siero di) Mascellare superiore (Estirpazione di ciste del) Mastoidite suppurata (Otite media. Rottura del timpano) Meckel (Un caso di prolasso di un diverticolo aperto di) nell'ombelico Medullo-cerebellari (fasci)	567 658 508 775 49 808 811 875 58 846 685 ±78
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di sodio Jodato di sodio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia (Sugli effetti della) nella peritonite tubercolare fibrosa cronica Laringe (Autoscopia della) e della trachea Laringee operazioni (Sulle grandi) Laringo-tracheale ozena (Sul) primario Lasègue Carlo Latte (Contro la secrezione del) Latte (Sul valore nutritivo di alcuni pretesi	485 376 485 435 436 436 789 492 549 801 438 55 722 25 128 690 9377 756	Lussasione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica LA Malaria (Asione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Bicerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malaria endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) amputazione sel processo Tancini, guarigione Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo Marmorik (Simptoneccia siero di) Mascellare superiore (Estirpazione di ciste del) Mastoidite suppurata (Otite media. Rottura del timpano) Meckel (Un caso di prolasso di un diverticolo aperto di) nell'ombelico Medullo-cerebellari (fasci) Melanodermia Melanodermia (Sulle)	567 658 503 775 49 808 811 875 59 117 378 58 846 585
Jodati (L' uso ipodermico dei) Jodati sieri Jodato di litina Jodato di sodio Jodato di sodio Jodato di sodio Jodato di stricnina Jodici (I) per via ipodermica Jodoamilo in chirurgia Jodo (Della tintura di) Jodoformio (I succedanei del) Labbro leporino (Sul) Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta Laparotomia (La) nelle peritoniti tubercolari Laparotomia (Sugli effetti della) nella peritonite tubercolari (Sugli effetti della) nella peritonite tubercolare fibrosa cronica Laringe (Autoscopia della) e della trachea Laringeo tracheale ozena (Sul) primario Lasègue Carlo Latte (Contro la secrezione del)	485 436 436 436 436 436 789 492 549 801 438 55 722 25 128 690 877 93	Lussaxione (La) inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica Malaria (Azione della milza nella) Malaria (Emoglobinuria da) Malaria (Ricerche sulle alterazioni della retina nella infezione acuta da) Malaria (Sulla specificità nelle diverse forme dei parasiti della) Malarica endemia (Sopra una circoscritta) Malleolo destro (Gomma della) amputazione cel processo Tancini, guarigiono Mammella (Carcunoma della) amputazione cel processo Tancini, guarigiono Mammella (Estirpazione di) e vuotamento del cavo ascellare Mano (La) dell'uomo Marmor k (S reptonocco a siero di) Mascellare superiore (Estirpazione di ciste del) Mascoidite suppurata (Otite media. Rottura del timpano) Meckel (Un caso di prolasso di un diverticolo aperto di) nell'ombelico Medullo-cerebellari (fasci) Melanodermie (Sulle) Melanosarcomi dei gangli linfatici del fega-	567 658 508 775 49 808 811 875 58 846 585 473 675

Melasma (Leucodermia e) del viso	784	ossidante in carti-tesauti dei	54
Medena dei neonati (Due casi di)	825		8.4
Meningi (Meningiti e tumori delle) Meningismo (II) nell'infezione pneumococ	120		
	, 181	Morbs di Letile (Autopsie di)	87
Meningite (La) tubercolare	457		
Meningite sieroes (Sulla) e stati affini	240	Morbo di Pott (Manifestazioni nervose preso	87
Meningite suppurata consecutiva all'ablasio	-	oi nel)	74
ne di un sarcoma del seno frontale, gua- rita con la trapanazione il lavacro intra-	•	Morsi d'insetti (Rimedi contro i)	14:
eraniso	801	Morva acuta (Su di un caso di) nell'uome	869
Meningiti e tumori delle meningi	128	Morva (La) e il farcino	80
Meningo-encefalite cronica o idiosia meningo-	-	Morvan (Morbo di) Motore disturbo (Una forma insolita di) con	547
enceration	794	reszione miotonica	606
Mentale confusion (La)	685	Motori disturbi (Sui) in seguito a paralisi	
Mentali malattie (Sulla cura delle) e nerve- se, con gli catratti degli organi	867	centripeta	294
Merenriale unguento (II) nella cura della	901	Movimenti (La oura dell'atassia tabetica mer-	
recore puerperate	880	cè la rieducazione dei) Mucinuria (Un caso di) nella malattia di	N65
Mercurio (Cura della sifilide con le iniezio-		Addison	880
ul insumusoorari di salicilato di)	802	Murphy (Resezione intestinale per ernia eru-	
Mercurio (Jodato d'osside di) Mercurio (Pioetannato di)	485 789	rale strozzata con applicazione del botto-	
Mercurio (Sulle deformità dentarie prodotte	100	ne (1)	449
usi pempini dell'uso dell	717	Muscolare esaurimento (Poliencefalomiolite	200
Mestruale sangue (Ritenzione di) in una me-		e) (misstenia) Mussolare tessuto (Contributo sperimentale	860
ra di mero biloculare	780] allo studio della patologia delli	884
Metrorragia (Contro la dismenorrea con) Metrorragia (Contro la)	904	Muscoli (Azione degli alcools sui nervi mo-	
Miastenia (Poliencefalomielite ed esaurimen-	85	tori e sulla eccitabilità latente deil	771
ro museojare)	860	Muscoli (Le leggi del movimento energetico	
Micosi fungoide e sarcomatosi cutanea	881	nei) in contrazione volontaria, stabilite se- condo lo studio degli scambi respiratori	950
Microbi enscrobi (Azione dei) in patologia	808	Muscoli (Ricerche sperimentali sulla creazio-	208
Micrococcus tetragenus aureus (Oscarvazioni e ricerche relative al valore patogenetico		ne dell'elasticità dell'energia che le dà ori-	
dal)	778	gine, neil in contrazione volontaria	258
	1 40	MC11710am.c. 100cm.cc Edward	
Microrganismi (Sulla invasione di) nella por-		Mutismo isterico. Guarigioni multiple otte-	
Microrganismi (Sulla invasione di) nella por- rente sanguigna durante l'agonia	817	nute con l'eterissazione	197
Microrganismo della psittacosi (Sul)	817 814	nute con l'eterizzazione	197
Microrganismo della psittaccei (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infa-	814 814	nute con l'éterizzazione	197
Microrganismo della psittaccei (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche	817 814 805	Naftalana	197 575
Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- sioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em-	814 814	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso	575
Microrganismo della psittaccei (Sul) Midolla cesea (Alterazioni della) nelle infe- nioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale del) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici	817 814 805	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto	575
rette sanguigne durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- nioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen-	817 814 805 241	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del, e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione	575
Microrganismo della psittaccei (Sul) Midella essea (Alterazioni della) nelle infe- sioni stafilococchiche Midellare cono (Ematemielia centrale del) Midellari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midello (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervosa posta-	817 814 805 241 260	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con)	575
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle	817 814 805 241	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla)	575 11 479
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindroma fenomanica	817 814 805 241 260	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità i Nuovo metodo di zaffamen-	575 11 479 718 449
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittaccei (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- sioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sequard	817 814 905 241 260 776	Naftalana Nattolo α (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- la gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale cavità (Nuovo metodo di zaff∢men- to delle) con la garza	575 11 479 718
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- sioni stafilosocchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sequard Midrolo (II)	905 241 260 776 283 95	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffamen- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno	575 11 479 718 449
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla osses (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II)	817 814 805 241 260 776 283 95 726	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffemento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini	575 11 479 718 449 449 757 463
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Milema (II) Milema (Azione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi	905 241 260 776 283 95	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità i Nuovo metodo di zaff <mento (ii)="" (la="" bambini="" battesimo="" catarro="" con="" constatazione="" del)<="" delle)="" di)="" ed="" garza="" il="" inverno="" la="" nascita="" naso="" naso-faringeo="" nei="" nello="" protesi="" td=""><td>575 11 479 718 449 419 757</td></mento>	575 11 479 718 449 419 757
rette sangangua durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II) Millas (Azione della) nella malaria Miccardica insufficienza (Sui recenti metodi curativi della)	817 814 805 241 260 776 283 95 726	Naftalana Nattolo α (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaff∢mento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap-	575 11 479 718 449 449 757 463 801
rette sangangua durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Milza (Azione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par-	817 814 905 941 960 776 283 95 798 658 209	Naftalana Nattolo α (Sui metodi terapeutici nell' use del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nassle endoscopia (Sulla) Nassle cavità (Nuovo metodo di zaff∢mento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rapporto alla medicina generale	575 11 479 718 449 449 757 463
rette sangangua durante l'agonia Microrganismo della psittaccei (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- sioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sequard Midrolo (II) Mielema (II) Milza (Asione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi curativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari	817 814 805 241 260 776 283 95 728 658 209 928	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofta delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale cavità (Nuovo metodo di maffemento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rapperto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro	575 11 479 718 449 449 757 463 801
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla osses (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Millas (Azione della) nella malaria Miccordica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta	817 814 805 241 260 776 283 95 796 658 209 928 168	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffemen- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap- perto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del)	575 11 479 718 449 449 757 463 801
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mileoma (II) Mileoma (II) Mileoma (Sui nella malaria Miccardica insufficienza (Sui recenti metodi curativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta Miccinica reagione (Una forma insolita di di-	817 814 805 241 260 776 283 95 728 658 209 928	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità i Nuovo metodo di zaffemento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rapperto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale):	575 11 479 718 449 419 757 463 801 529
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Milza (Azione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta Miosite Bearlatticosa (Sulla) Miotonica reasione (Una forma insolita di di- sturbo motore con)	817 814 805 941 960 776 283 95 798 658 209 928 168 225 606	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffamento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rapperto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana	575 11 479 718 449 449 453 801 529
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II) Mileoma (II) Mileoma (Sulia) Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi curativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) le maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta Miosite Scarlatticosa (Sulla) Miotonica reagione (Una forma insolite di di- sturbo motore con) Mitrale (Insufficienza e stenosi della)	817 814 805 941 960 776 958 95 95 95 858 209 928 168 225	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Nattolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nassle endoscopia (Sulla) Nassle endoscopia (Sulla) Nassli cavità (Nuovo metodo di zaffemento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rapporto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con in-	575 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II) Mieloma (II) Milza (Azione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Pareschi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta Miosite ecarlatticosa (Sulla) Miotonica reasione (Una forma issolita di di- sturbo motore con) Mitralica stenosi del Durosiez (Un caso di) Mitralica stenosi del Durosiez (Un caso di)	817 814 805 241 260 776 283 95 728 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaff <men- (due="" (il)="" (la="" (le="" (nuovo="" (tumore="" acuta="" alla="" bambini="" battesi-="" casi="" catarro="" complete="" con="" constatazione="" del="" del)="" della="" delle)="" dello="" di="" di)="" distruzioni="" e="" ed="" epilessia="" frontale);="" garza="" generale="" gola="" il="" in="" in-="" inverno="" jacksoniana="" la="" lobo="" malattie="" medicina="" mo="" nascita="" naso="" naso-faringeo="" nei="" nelle="" nello="" netrite="" osteo-cartilagineo="" parenchimatosa="" porto="" processo="" protesi="" rap-="" rinoplastica="" scholetro="" td="" to="" tossicazione="" totale="" uremica<=""><td>575 11 479 718 449 419 757 463 801 529</td></men->	575 11 479 718 449 419 757 463 801 529
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollari esioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II) Milza (Asione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui resenti metodi surativi della) Mioclonia (Pareschi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria asuta Miosite (Polio-) primaria asuta Miosite (Polio-) primaria seuta Miosite scarlatticosa (Sulla) Mitrale (Insufficienza e stenosi della) Mitralica stenosi del Durozies (Un caso di) con comunicazione anomala fra le due o- recchiette all'infuori dal foro di Botallo	817 814 805 241 260 776 283 95 798 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffemen- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap- perto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con in- tossicazione uremica Netropessia	575 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78 75
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mileoma (II) Mileoma (II) Mileoma (Sui nella malaria Miocardica insufficienza (Sui resenti metodi surativi della) Mioclonia (Pareschi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria asuta Miosite scarlatticosa (Sulla) Miotonica reagione (Una forma issolita di di- sturbo motore con) Mitralica stenosi del Durosiez (Un caso di) con comunicazione anomala fra le due o- reschiette all'infuori del foro di Botallo Mitralica stenosi (Sulla diagnosi tra) ed in-	817 814 805 241 260 776 283 95 798 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaff*men- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap- porto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con in- tossicazione uremica Netropessia Neonati (Due casi di melena dei) Neonati (Due casi di melena dei)	578 11 479 718 449 449 787 463 801 529 78 75 487 59 825
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Milza (Azione della) nella malaria Miccardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Miccionia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari Miccionia (Polio-) primaria acuta Miccionica reazione (Una forma insolita di di- sturbo motore con) Mitrale (Insufficienza e stenosi della) Mitralica stenosi del Durosiez (Un caso di) con comunicazione anomala fra le due o- reschiette all'infuori del foro di Botallo Mitralica stenosi (Sulla diagnosi tra) ed in- sufficienza aortica	817 814 805 941 960 776 283 95 728 658 209 928 168 1225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia delle gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffamento delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesimo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rapporto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con intossioazione uremica Netropessia Neonati (Due casi di melena dei) Neonati (La cura delle emorragie gastro-enteriche dei)	578 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78 75 487 59 825 219
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Milza (Azione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta Miosite Bearlatticosa (Sulla) Miotonica reasione (Una forma issolita di di- sturbo motore con) Mitrale (Insufficienza e stenosi della) Mitralica stenosi del Duroziez (Un caso di) con comunicazione anomala fra le due o- recchiette all'infuori dal foro di Botallo Mitralica stenosi (Sulla diagnosi tra) ed in- sufficienza acrtica Mitralico rumore sistolico (Rumori tricuspi-	817 814 805 241 960 776 283 95 728 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell'uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffemen- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap- porto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con in- tossicazione uremica Netropessia Neonati (Due casi di melena dei) Neonati (La cura delle emorragie gastro-en- teriche dei) Neo pigmentario peloso Nervo facciale superiore (Sulla partecimanio-	578 11 479 718 449 449 787 463 801 529 78 75 487 59 825
rette sanguigus durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla osses (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulle corna anteriori dei) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II) Milza (Azione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) le maggior par- te familiari Miosite (Polio-) primaria acuta Miosite Bearlatticosa (Sulla) Miotonica reasione (Una forma insolita di di- sturbo motore con) Mitrale (Insufficienza e stenosi della) Mitralica stenosi del Durosiez (Un caso di) con comunicazione anomala fra le due o- reschiette all'infuori del foro di Botallo Mitralica stenosi (Sulla diagnosi tra) ed in- sufficienza acrtica Mitralico rumore sistolico (Rumori tricuspi- dali, Localizzazione del)	817 814 805 941 960 776 283 95 798 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaff <men- (due="" (ii)="" (la="" (le="" (nuovo="" (sulla="" (tumore="" acuta="" alla="" bambini="" battesi-="" casi="" catarro="" complete="" con="" constatazione="" cura="" dei)="" del="" del)="" della="" delle="" delle)="" dello="" di="" di)="" distruzioni="" e="" ed="" emiplegia<="" emorragie="" epilessia="" facciale="" frontale);="" garza="" gastro-en-="" generale="" gola="" il="" in="" in-="" inverno="" jacksoniana="" la="" lobo="" malattie="" medicina="" mo="" nascita="" naso="" naso-faringeo="" ne="" nei="" nella="" nelle="" nello="" neo="" neonati="" nervo="" netrite="" netropessia="" osteo-cartilagineo="" parenchimatosa="" partecipazio-="" peloso="" pigmentario="" porto="" processo="" protesi="" rap-="" rinoplastica="" scholetro="" superiore="" td="" teriche="" to="" tossicazione="" totale="" uremica=""><td>578 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78 75 487 59 825 219</td></men->	578 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78 75 487 59 825 219
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollari lezioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midol lo (Effetti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lezioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Mieloma (II) Milza (Asione della) nella malaria Miocardica insufficienza (Sui resenti metodi surativi della) Mioclonia (Pareschi casi di) la maggior par- te familiari Miosite Colio-) primaria acuta Miosite Conica reazione (Una forma iasolita di di- sturbo motore con) Mitralica stenosi del Duroziez (Un caso di) son comunicazione anomala fra le due o- reschiette all'infuori dal foro di Botallo Mitralica stenosi (Sulla diagnosi tra) ed in- sufficienza aortica Mitralico rumore sistolice (Rumori tricuspi- dali. Localizzazione del) Mioma del ligamento rotondo sinistro Mizadema (La tiroide nella cura del)	817 814 805 241 260 776 283 95 798 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffemen- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap- perto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con in- tossicazione uremica Netropessia Neonati (Due casi di melena dei) Neonati (La cura delle emorragie gastro-en- teriche dei) Neo pigmentario peloso Nervo facciale superiore (Sulla partecipasio- ne del) nella emiplegia	575 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78 75 487 59 825 219
rette sanguigna durante l'agonia Microrganismo della psittacosi (Sul) Midolla ossea (Alterazioni della) nelle infe- zioni stafilococchiche Midollare cono (Ematomielia centrale lel) Midollari lesioni sperimentali prodotti da em- boli a settici Midollo (Efistti della degenerazione ascen- dente sui gangli delle radici nervose poste- riori e sulie corna anteriori del) Midollo spinale (Contributo allo studio delle lesioni violente del) sindrome fenomenica di Brown-Sèquard Midrolo (II) Milza (Azione della) nella malaria Miccardica insufficienza (Sui recenti metodi surativi della) Mioclonia (Parecchi casi di) la maggior par- te familiari Miccionica reasione (Una forma insolita di di- sturbo motore con) Mitrale (Insufficienza e stenosi della) Mitralica stenosi del Duroziez (Un caso di) con comunicazione anomala fra le due o- reschiette all'infuori del foro di Botallo Mitralica stenosi (Sulla diagnosi tra) ed in- sufficienza aortica Mitralico rumore sistolico (Rumori tricuspi- dali. Localizzazione del) Miccara (Iligamento rotondo sinistro	817 814 805 241 260 776 283 95 798 658 209 928 168 225 606 691	Naftalana Nattolo a (Sui metodi terapeutici nell' uso del) e dei preparati di creosoto Naftolo (Somministrazione del) in soluzione Nanismo generale (Un caso d'ipertrofia del- le gengive con) Nasale endoscopia (Sulla) Nasale endoscopia (Sulla) Nasali cavità (Nuovo metodo di zaffemen- to delle) con la garza Nascita (La constatazione di) ed il battesi- mo nello inverno Naso-faringeo catarro (II) nei bambini Naso (La protesi del) Naso (Le malattie del) e della gola in rap- porto alla medicina generale Naso (Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scholetro osteo-cartilagineo del) Netrite acuta (Tumore del lobo frontale); epilessia jacksoniana Netrite parenchimatosa (Due casi di) con in- tossicazione uremica Netropassia Neonati (Due casi di melena dei) Neonati (La cura delle emorragie gastro-en- teriche dei) Neo pigmentario peloso Nervo facciale superiore (Sulla partecipasio- ne del) nella emiplegia Nervi dell'acrta	575 11 479 718 449 449 757 463 801 529 78 75 487 59 825 219 810 264

Nervi (Sulla sutura dei) a distanza Nervose cellule del midollo spinale (Su alcune particolarità delle) messe in evidenza col metodo Golgi Nervose cellule (La neoformazione delle) nel cervello della scimia consecutiva all'asportazione completa dei lobi occipitali Nervose cellule (Sulla patologia delle) Nervose malattie (Sulla cura delle) mentali con gli estratti degli organi Nervose manifestazioni precoci del morbo di Pott Nervosi centri (Sulla struttura del neurone nella dottrina dei) Nervosi diserdini periferici (I) consecutivi all'infesione pneumonica Nervoso sistema (Un caso di sarcomatosi diffusa delle leptomeningi del) centrale Neurastenia (L' interruzione del coito come causa di) Neuroni multipli in un caso di poliorchidia Neurone (Sulla dottrina del) nella struttura dei centri nervosi Neuro patologia (Il piede varo in) Nevrite sistematica (Un caso di) motrice con anasarca Nevriti solfo-carboniche (Le) Nevrosi cardiache (Rumori cardiaci nervosi Contributo al capitolo delle) Nevrosi traumatica Nitrosi vapori (Intossicazione acuta per) Nodulare sifiloderma seborroico Noduli multipli Noma da sifilide (Sulla patogenesi e diagno-	489 2988 2577 394 3577 749 2211 7066 162 720 824 2221 158 874 685 466 555 888 802 759 417	Orfolo Organoterapia (Il morbo di Addison e l') Orticaria (L') Ossea malattia degli operai in madreperla Ossea midolla (Modificazioni della) nelle suppurazioni Ossea sutura (Alcune considerazioni su 37 casi di) Ossido di carbonio (Sulle condizioni dell'insorgere della glucosuria in seguito ad avvelenamento per) Osteo-artropatie (Sulle) Osteomalacia (Contribuzione allo studio dell') Osteomalacia (Sulla conoscenza dell') e dell'opoterapia Osteomielite infettiva della tibia sinistra; amputazione; emorragie ripetute della femorale; guarigione Osteomielite (L') vertebrale acuta Osteomielite (Sull') dell'infanzia Osteoplastico metodo (Enorme spina bifida Cura radicale con) Guarigione Osteo-sinovite tubercolare del ginocchio) resezione totale del ginocchio. Guarigione Osteotomia lineare del femore (Ginocchio valgo rachitico); guarigicne Ostriche e tifo Ottite media. Rottura del timpano. Mastoidite suppurata Otite media suppurata (Miscela contro l') Ottito ascesso cerebrale (Due casi di) guariti Ovaricotomia Ovaricotomia vaginale (Sull') Ozena (Sugli effetti del siero antidifterico	647 709 582 691 20 27 186 418 690 381 548 179 454 856 738 876 874 846 504 276 875 218
) isi dei sifilodermi. Un caso di) Nosofene	848 861	nell') Ozena (Sulla cura dell') Ozena (Sull') laringo-tracheale primario	20 596 877
0		P	
Obesità (Le cura farmaceutica dell') Occipitali lobi (La neoformazione delle cel- lule nervose nel cervello della scimia, con- secutiva all'asportazione completa degli) Occlusione intestinale (Sulla) Oculari fenomeni isterici curati con la sug- gestione Oftalmici unguenti (Eccipiente per gli) Olii (Gli) per iniezione ipodermica Ombelicale cordone (Sull'allacciatura dell') Ombelicale ernia (Oura dell') Ombelicale ernia (Oura dell') Ombelico (Un caso di prolasso di un diver- ticolo aperto di Meckel nell') Ocforo-salpingectomia bilaterale ed istero- pessia Ocforo-salpingectomia bilaterale ed istero- sia addominale Opoterapia (Il polmone in) Opoterapia (Sulla conoscenza dell'osteomala- cia e dell') Orbita (Un caso di ciste da echinococco dell') Orchiectomia (Tubercolosi del testicolo sini- stro); guarigione Orchite gommosa; epididimite con uretrite e cistite purulenta del collo Orecchiette (Un caso di stenosi mitralica del Durosies con comunicazione anomala fra le due) all'infuori del foro di Botallo Orecchie medio (Colesteatoma dello)	59 58 891 215 881 578 788 674	Pachimeningite cervicale ipertrofia (Su di un caso non comune di) Paget (L. leatont della midolla spinale nel morbo di) Pajo (Paralisi del) Palio (Relazione tra centri sub-corticali e) Pancreas (Chirurgia del) Pancreas (Melanosarcomi dei ganglii linfatici del fegato e del) Pancreas (Sulla patologia e chirurgia del) Papilla (Un nuovo caso di edema della) per focolaio cerebellare o paracerebellare curato con la craniectomia Papilloma della vescica Papilloma villoso del rene dell'uretere e della vescica Papillomi laringei in un bambino; guarigione in seguito alla tracheotomia Paralisi bulbare astenica (Due casi di) Paralisi bulbare astenica (Sulla) o malattia di Erb Paralisi spastica familiare senile Paralisi spastica familiare (Sulla) Paralisi spinale infantile (Sopra una epidemia di) Paralisi Sui disturbi motori in seguito a centripeta Parotidea regione (Vuotamento della), sottomascellare, sopraioidea e carotidea superiore sinistra	878 4.7 747 673 675 358 354 455 261 668 161 242 189 754 242

Parotite saturnina (La)	781	Piperidina (Il gualacolato di)	861
Parto cesareo seguito da isterectonica ad-	•	Pittriani versicolare (Cura della)	677
dominale totale	828	Pinamidons	508
arto (Il solfato di chinina come accelerato-		Pincenta (Passaggio della proprietà agglu-	
Pre del travaglio del)	217	tinante a traverso la)	808
aPtereccio (Cura del)	789	Placentare insersione (La diagnosi di sede	
Passi morali (Sulle rughe nei cretini e)	275	delia)	870
Pediatria (Contributo alla)	826	Placentare ritenzione (Cura della) posto-abor-	***
Pediatria (L'idriatria in)	148	tiva	142
Pallagra (Per prevenire la)	486	Pleurali aderense (Sulla produzione artifi-	
Pelle (Tubercoli miliari acuti della) in un	200	ciale delle)	80
caso di tubercolosi miliare generale	182	Pleurite essudativa (Cura della)	896
	801		Opu
Polyica escavazione (Fibro-sarcoma della)	704	Pleurite (Un caso di) purulanta da basillo	665
Pemfigo sonto (Su due casi di)		di Friedlaender	88
Pentigo vegetante	450	Pleuriti purulente (Le) della infansia	468
Pemfigoidi erusioni (Condilomi e)	96 8	Pleuriti traumatiche non purulente	828
Pene (Nuovo processo per l'asportazione to-		Pleurotomia esplorativa	141
tale dei genitali esterni maschili per la cu-		Phoumeotomic (La)	
ra dei careinomi inoperabili del)	77	Pnoumobacillo di Friedländer (Ricerche sullo)	165
Peptone (Azione del) sul sistema vasomotore	209	Pneumo-becillus bovis (Sull'agglutinazione	477.0
Peptone (Sull'asione della piloresrpina, del-	404	_ dello)	474
l'atropina a del) sul sangue e sulla linfa	186	Pneumocoochi (Gli) nel sangue	299
Pericardici versamenti (Pisiologia patologi-	450	Pneumococchica infesione (Il meningismo	454
ca dei)	472	nella)	181
Pericarditico essudato (Un caso di aspirazio-		Pneumococchica linfangioite	474
no del)	885	Pneumonica infesione (I disordini nervosi pe-	
Perineo (Restaurazione del), della vagina, del-		riferici consecutivi alla)	706
l'uretra e del retto	808	Pneumonite (Esame batteriologico del san-	
Perineorrafia (Quando e come bisogna pra-		gue nelle malattie infettive, particolar-	
ticare la) dopo il parto	9	mente nella)	99
Periplosina	575	Pneumonite (Un caso di) anormale	461
Perifiite (La) nei bambini	299		258
Peritiflite nei bambini	691	Pneumo-tufo (Sullo)	486
Peritoneale savità (Influenza della pressione		Pneumotorace (La diagnosi dello) semplica,	
sul potere assorbente della)	98	merce la tubercolina	42
Peritoneo (Un caso di peritonite tubercolare		Poliencefalomielite ed esaurimento muscols-	
curato e guarito con la lavatura apneum-			800
tica del) col metodo Riva	712	Polimestia (Un caso di)	668
Peritonite tubercolare (La laparotomia nella)		Poliomiosite primaria scuta	168
Paritonite tubercolare (Sugli effetti della la-	!	Poliorchidia (Neuromi multipli in caso di)	834
parotomia nella) fibrosa oronios	25	Polipo fibroso dell'utero; estirpasione con	
Peritonite tubercolare (Un caso di) curato e			976
guarito mediante la lavatura a pueumatica			
del peritoneo col metodo Riva	719	Polipo uterino (Estirpazione di)	59
Permanganato di potassio (Il) nell'avvelena-			478
	572	Polmonare arteria (Stenosi congenita della) e	
mento per oppio		cianosi in un individuo son inversions vi-	
Peronina (Salvaione a millele di)	508	secrale	656
Percnina (Soluzione e pillole di)	\$04 504	Polmonare arteria (Un caso di restringimento	-
Peste bovina (La)	624	congenito della)	28
Peste bubonica (La) 245,			665
Peste bubonica (La) a Bombay	865	Pelmonare succe (II) in opeterapia	915
Peste bubonica (La) e la cura del siero	889	Polmonare tisi (La prognosi della)	179
Peste bubonica (Sulla sieroterapia della)	888	Polmonare tubercolosi e sifilide associate	760
Poste (La difess contro la)	691	Polmone (Di un lobulo soprannumerario del)	
Pesta (Profilassi della)	484	Polmone (11) in opoterapia	891
Peste (Sul diffondersi della)	485	Polmone (Sulla shirurgia del) 545,	664
Paste (Sulle forme cliniche della)	893	Polmonite (Contributo alla cura della) con	
Pettorali (Asseusa congenita dei)	452	la digitale	503
Pfeiffer (Bronco - polmoniti infantili da ba-		Polmonite fibrinosa	885
eillo di)	474		8.2
Piede (Nuove operazioni di chirurgia conser-		Polmonite (Un caso di) dell'apice	106
vatrice del)	690	Polso paradosso (Sul)	881
Piede varo (II) in neuro-patologia	158	Polso (Ballentamento insolito del), per lesie-	
Piedi (Contro il sudore dei)	144	ne dei nervi intrinscoi e dei gangli del	
Pigmentario neo peloso	810	67079	514
Pigmento giallo fondamentale dell'urina (Con-		Polso (Sulla formazione del) totale	259
tributo allo studio della genesi del)	181	Polso (Sulla presenza delle sollevazioni ca-	
Pilocarpina (Sull'azione della) dell'atropina		tacrote nella curva del)	115
e del peptone sul sangue e sulla linfa	186	Porpora emorragica	547
Piloroplastica (La)	206	Porpora amorragica (Sulla assenza di retra-	
Piocianico bacillo e barbabietole	803	zione del coagulo sanguigno e di forma-	
Pioctannato di marcurio	780		810
	- 1		

Pott (Manifestazioni nervose precoci nel mor- bo di) Prolasso del retto (La cura del) nei bambini Propeptone (Contributo allo studio del fer- mento coagulante del sangue e dell'azione anti-coagulante del) Prostatica ipertrofia (Sulla cura operativa mo-	749 868 260	Rene (Sulla rigenerazione dell'epitelio del) ad anemia temporanea Rene triplice (Un caso di) Reni (L'azione della bicicletta sui) Resezione cuneiforme (Anchilosi ossea ad an- golo acuto del ginocchio; guarigione Resezioni intradurali delle radici posteriori	870 880 808 875 823
derna della) Protesi del naso (La) Prurigine (Della) Pruriginese affazioni (Contro le)	216 801 488 744	Respiratori scambi (Le leggi del movimento energetico dei muscoli in contrazione volontaria, stabilite secondo lo studio dei) Retina (Ricerche sulle alterazioni della) nella	258
Prurito vulvare (Cura del) Pseudo artrosi (Un caso di) Pseudomembrare di origine cossinica Psico-motori centri (I) Psittacosi (Diagnosi differenziale fra la feb-	420 202 878 474	infezione acuta da malaria Retto (La cura del prolasso del) nei bambini Retto (Origine del muco in un cancro del) Retto (Restauraziono del perineo, della vagi- na, dell'uretra e del)	868 21 801
bre tifoidea Psittacosi (Sul microrganismo della) Psoriasi limitata alle unghie Psoriasi palmare sifilitica	484 814 784 848	Retto (Stenosi sifilitica del) Retto (Sul cancro del) Retto (Un caso di tumore maligno del); per- forazione; morte; autopsia	787 749 550
Puerperale febbre (L'unguento mercuriale nella cura della) Puntura lombare (Della) Punture d'insetti (L'ittiolo nella cura delle) Pupille (Sulla rigidità delle) nelle convulsio-	860 475 648	Reumatismo blenorragiso con disturbi trofici cutanei Reumatismo articolare (microbio anaerobio nel) Reumatismo (Salicilato e)	880 872 639
ni isteriche	139	Ricambio materiale (Azione del selenio sul) Ricambio materiale (Sull'influenza della tiroi- dina del) Rinoplastica (Nuovo processo di) totale nelle	278 438
Quincke (Sul valore diagnostico e curativo della puntura alla)	465	distruzioni complete dello scheletro osteo- cartilagineo del naso Rinoplastica (Risultati di) all'indiana Riva (Un caso di peritonite tubercolare curato e guarito con la lavatura apneumatica del	78 77
Rabici accidenti (Pseudo-) del cane Rachicentesi (Il valore diagnostico della) Radici posteriori (Resezione intradurale delle) Radici (Frattura del cubito con lussasione della	324 78 828	peritoneo eol metodo) Roentgen (Azione dei raggi) Roentgen (Dimostrazione di una caverna meroé i raggi)	712 880 811
testa del) Radiografia oraniena Radiografia (La) nella chirurgia del sistema nervoso	203 802 658	Roentgen (I raggi di) applicati allo studio dell'apparato cardio-vascolare Roentgen (I raggi di) in tribunale Roentgen (I raggi di) nella diagnosi della	106 808
Radiografia (La) della gotta Radioscopia (Applicazione della) alla diagnosi delle malattie toraciche Radioscopia (La) e gli organi carichi di pig- mento	156	Roentgen (I raggi di) nell'esame di un aneu- risma aortico Roentgen (I raggi di) nel presente e nell'av- venire della medicina	524 637
Radioscopia (La) nella diagnostica clinica Raggi di Roentgen (Dimostrazione di una ca- verna per meszo dei) Raggi di Roentgen (I) in tribunale	811 808	Roentgen (La scoperta di) Roentgen (Proposta per l'impiego dei raggi di) in alcune forme di cecità Roentgen (Un'applicazione medico-legale dei	452 94
Rammollimento cerebrale ischemico (Contri- buto sperimentale alla conoscenza dell'isto- genesil del) Raschiamento (1) endouterino come mezzo di diagnosi	779	raggi di) Rubigina (La) Rughe (Sulle) nei cretini e paszi morali Rumore di gemito (D'un) alla regione infra-	515 547 275
Beazione agglutinante (La) sui bacilli morti Reazione agglutinante (Passaggio della) dalla madre al feto Renale capsula (Sull'azione degli estratti della	478 802	scapolare sinistra Rupia Rupia e sifiloderma condilomatoso	470 869
sopra-) sul cuore e pressione sanguigna Renale tubercolosi Renale tubercolosi (Chirurgia della) Rene (Aggiunta al metodo per la dimostrazio-	185 665 2/9	Saccaromiceti (Sui terreni culturali per la ricerca dei) Sacro-coxalgia (Sulla) Salasso (Sulle indicazioni del)	163 712 281
nell'eliminazione locale di succhero negli organi, specialmente nel) Rene (II) nel tifo Reneella nell'intestino (Litiasi intestinale e) Rene (Papilloma villoso del), dell'uretere e	186 242 801	Salasso e trasfusione Salasso-trasfusione (La) Salicilato di mercurio (Cura della sifilide con le iniezioni intramuscolari di)	485 469 902
della vescica Rene (Sulla dimostrazione dello zucchero nella	251		639

Salivari ghiandole (Alterazioni dalle) nella		Selenio (Azione del) sul ricambio materiale	278
scialorrea dei tabici	654	Seni frontali (Sulle rassolte musose o puru-	
Salivari ghiandole (La tubercolosi delle)	550	lente dei)	849
	503	I m	
Salubrolo	824	Seno frontale (Meningite suppurata consecu-	
Sangue (Asione del siero di anguilla sul)	024	tiva all'ablazione di un sarcoma del) gua-	
Sangue (Contributo allo studio del fermento		rita con la trapanazione ed il lavaero in-	801
congulante dell'asione anticoagulan-	940	tracranico	
te del propeptone	260	Bete (Fame vorace e) dopo trauma o malas-	
Sangue (Esame batteriologieo del) nelle ma-		tia del cervello	706
lattie infettive, particularmente nella pneu-		Setticemia grave sensa bacillo di Eberth e	994
monite	22	con reasione aggintments	8991
Sangue (Gli paeumococchi nel)	299	Setticemia mucosa (La)	604
Sangue (II) negli spleneotomizzati	474	Sieri antitossici (Sul mescanismo dell'immu-	
Sangue (II) nella corea	70	nutà dei) per le tossine non microbiche	165
Sangue (L'esame del) al letto dell' infermo	66 8	Sieri artificiali (Preparazione dei)	364
Sangue (Ripartizione della sostanza aggluti-		Sieri (Influenza del riscaldamento dei) sulla	
nante nel}	748	profilassi degli accidenti post-siero - tera-	
Sangue (Sulla congulazione del) epatico	257	pici	809
Sangue (Sulla determinazione quantitativa		Sieri jodati	878
del ferro del) a scopo clinico	819	Sieri medicinali (Contributo alla preparazio-	
Sangue (Sull'assorbimento del ferro nello in-		ne dei)	149
testino e sulla sua relazione con la forma-		Sieri terapici (I) anticocchici	149
zione del)	298	Siero-diagnosi (Sulla) nalla fabbre tifoide	50
Sangue (Sull'asione della pilocarpina, del-		Siero-diagnosi (Sulla) nel tifo addominale	19
l'atropina e del peptone sul) e sulla l'infa	186	Siero-diagnostica (Cento casi di)	408
	200		859
Sangue (Sul cambiamento della quantità ge-		Siero-diagnostica del tito (La)	691
nerale e dell'alcalinità del) nel digiuno as-	150	Siero-diagnostica del Widal	788
Soluto	150		181
Sangue (Sulle sostanse che determinano il		Siero-diagnostica dal tifo (Sulla)	Tor
potere agglutinante del siero di) nei ti-		Siero-diagnostica (La) di Widal in Ger-	005
1061	19	mania (C)	905
Sangue (Sull' influenza del contenuto in emo-		Siero-diagnostica (Tecnica della)	478
globina e del numero dei corpuscoli san-		Siero di Marmoreck (Streptosocchi e)	748
guigni sul peso specifico del) degli ane-		Siero-reasione della placenta e del 2010 ap-	'
mici	89	partenenti a donna cho ebbe il tifo duran-	
Sanguigna corrente (Sulla invasione di mi-		te la gestazione	88
ororganismi nella) durante l'agonia	317	Siero antidifterico (Sugli effetti del) nell'ozeni	מא ש
Sunguigns pressions (Sull'asions degli estrat-		Siero antistreptococchico (Sul) di Marmorek	7
ti di capsula soprarenale sul cuore e sulla)	185	Siero artificiale (Le iniezioni intravenose di)	
Sanguinale	861	dopo le emorragie operative accidentali	6
Barcomatosi congenita della cute	826	Siero di Marmorek (btreptocosco e)	878
Sarcomatosi cutanea (Micosi fungoide e)	851	Siero (La peste bubonica e la cura col)	849
Sarcoma del seno frontale (Meningite suppu-		Siero Maragliano (Sul)	727
rata consecutiva all'ablazione di un) gua-		Siero (Sul) autitubercolare	811
rita con la trapanazione ed il lavacro in-		Sieroterapia antivaluelosa (Aleune ricerche	
tragranico	801	sperimentali sulla)	775
Sarcomatosi diffusa (Un caso di) delle lepto-		Sieroterapia (Contributo allo studio della)	
meningi del sistema nervoso centrale	162	nella tubercolosi poimonale	110
Saturnina parotite (La)	781	Sieroterapia (Contributo statistico alla) nella	
Saturnismo eronico ed ulcera duodenale	8.4	differite	188
Scarlattine benigna anomala	384	Siero-terapia contro il veleno del sangue del-	
Scarlattins (Il siero di Marmorek e la)	655	l'anguilla	478
Scarlattins (La cura della) e sue compli-	-70	Sieroterapia (Sulla) della peste bubonica	888
Canse	180	Sieroterapici accidenti (Influenza del riscal-	-
Scarlattina (Sulla)	665	damento dei sieri sulla profilassi dei post)	909
Scarlattina (Un caso di) con differite sensa	000		871
	820	Sifflide cardiaca (Sulla)	
febbre		Sifilide (Cura della) col sudore e la fumiga-	
Scarlattinosa miosite (Sulla)	825	sione in Oriente	21
Selerosi multipla (Il trauma nella gene i	COL	Sifilide (Cura della) con le inlesioni intramu-	
della tabe e della)	605	scolari di salicilato di mercurio	803
Scoliosi (La bicicletta nella cura della)	486	Sifilide epatica precoce con ittero grave ed	
Scopolamina (L'azione della) negli alienati	189	atrona gialla acuta del tegato	697
Scopolina (Sulle agioni della) e di alcune sco-		Sifilide ereditaria infantile	651
poline	186	Sifilide (Inicaioni intramuscolari di benzosto	
Scottature (Sulle) 329,		di mercurio nella)	21
Serofola (Sulla)	466	Sifilide (La cura della) con le inicaioni endo-	_
Beborrea (Contro la)	575	venose di sali di mercurio in Inghilterra	5
Beborreite (Bull'ecsema seborroico o)	768	Sifilide (L'idroterapia nella)	140
Seborroico sifiloderma nodulare	75 9	Sifilide maligna (Sull'etiologia della)	467
Secretore nervo (Il vago come) dello sto-		Sifilide (Sulla patogenesi dei sifilodermi. Un	
MA60	149	caso di noma da)	848
Selezio (Azione cronica del)	277	Sidlide (Tabe e) cerebro-spinale	566

		■	_
Sifilide (Tubercolosi polmonare e) associate	750	Stenosi sifilitica del retto	887
Sifilide (Un caso di)	811	Stenosi tracheale (Un sintoma della)	254
Sifilide (Un caso di) cerebro-spinale		Stetografia (Sulla) bilaterale	878
Sifilitica alopecia (Contro la)		Stetoscopio (Un nuovo)	381
Sifilities cardiopatia	691	Stigmate (Di una) permanente della epites-	
Sifilitica psoriasi palmare	848	SIA	489
Sfilitica stenosi del retto	837	Stomaco (Cancro dello)	299
Sifilitiche enteropatie (Le)	348		
Sifilitiche eruzioni (Sulle difficoltà che incon-		tologico; fermentazioni stomacali e loro	
transi talvolta nella diagnosi delle)	748	gas (T)	70
Sifilitiche manifestazioni (Contributo allo		Stomaco (Il cancro delle)	444
studio delle) della tonsilla linguale	276	Stomaco (Il vago come nervo secretore dello)	149
Similitiche ulcerazioni del duodeno	23	Stomaco (La diagnosi di cancro dello) fatta	•
Sifilitico itter ed strofia acuta del fegato in		con l'esame dell'acqua di lavacro e delle	
corso di sifilide recente	414	materie vomitate	585
Sifiloderma condilatoso (Bupia)	869	Stomaco (Risultati ottenuti nella chirurgia	858
Sifiloderma nodulare (Acne roseo e)	664 750	dello)	_
Sifiloderma nodulare seborroico Sifiloderma papuloide tardivo; Lupus	759 508	Stomaco (Sul carcinoma combinato con'l'ul-	889
Sifiloderma pigmentario ed alopecia sifilitica		stomaco (Sulla importanta diagnostica dai	000
nel periodo secondario	520	Stomaco (Sulla importanza diagnostica dei frammenti di mucosa estratti dallo) di-	
Sifiloderma terdivo (Eczema da tricophiton)		giuno	274
Sifilodermi (Sulla patogenesi e diagnosi dei).		Stomatite aftosa (Sul comune agente pato-	412
Sigmoidite acuta (Un case di)	299	geno della) dell'uomo e degli animali	541
Simpatico (Azione del) Sulle congestioni cu-		Stomatite epidemica	4/4
tanee	474	Stomrtolo	789
Simpatico cervicale (Resezione totalo e bila-		Streptococchemia (Stafilococchemia e)	760
terale del) per la cura della malattia di		Streptoco chica infesione	889
Basedow dell'epiless a	281	Streptococchica infesione (Ematolusi in una);	-
Sirdrome di Weber (La) (Emiplegia crociata)		guerigione	29 9
Singhiosso (Rimedi contro il)	412	Streptococchi e siero di Marmorek	748
Sinusite frontale acuta (Irtorno al quadro		Streptococco e siero di Marmoreck	878
olinico della)	595		488
Siringomiela (Íl torace a barca nella)	665		474
Siringomielia (Il trauma come fattore etiolo-		Sublimato (Îniezioni sotto-congiuntivali di)	
gico della)	625	nelle irido-coroiditi infettive e simpa-	
Sodio (Jodato di)	485	tiche	277
Soffio (Di un) ascoltato sull'aia gastrica e		Succedanci del latte (Sul preteso valore nu-	
della sua patogenesi	538		804
Sonora zona (La) infero-dorsale sinistra	299	Succlavia (Legatura della seconda parte del-	
Sotto-congiuntivali iniczioni di sublimato	i	l'arteria) per aneurisma	417
nelle irido-coroiditi infettive e simpatiche	277	Succo polmonare (II) in opoterapia	215
Sottomascellari regioni (Vuotamento delle)	50	Sudore (Contro il) dei piedi	144
Spina bifida dor ale	690	Sudore (La tossicità del) negli epilettici, ed	
Spina bifida (Enorme) Cura radicale con me-		il bagno di aria calda come messo tera-	
10do osteoplastico-Gna. gione	855	peutico degli accessi	20
Spinale midollo (Su alcune particolarità delle		Suggestione (Feromeni isterici oculari cu-	
cellule nervose dello) messe in evidenza col	200		180
metodo di Golgi	298		449
Spinali Sulle forme rare di malattie eredi-	101		219
tarie e familiari cerebrali e)	121	S pparasioni (Modificasioni della midolla	00
Spinali malettie (Sulla chirurgia delle)	286	ossea nelle)	90
Spinale midollo (Sulla differenza anatomo-			394
patologica fra degenerazioni sistematiche	105	Surrenali capsule (Le) in biologia	78
primarie e seconnarie dello) Spinale emiplegia (La)	288	Surrenali capsulo (Micerche sulle alte ragio-	259
	56		2 00
Spinali ganglii (Su gl [.]) Splenectomiszati (Il sangue negli	474	Sutura dei vasi sanguigni (Sulla tecnica	888
Splenectopia e lapsus splenis	66	qena)	
Splenomegalia con cirrosi epatica	888		
Splenemegalia primitiva con epatite intersti-	555	${f T}$	
siale	261		
Spondilite tubercolare (La diagnosi precoce		Tabacco (Intelligenza e)	804
della)	800	Tabe dorsale (Su tre sintomi rari della) e-	
	756	martrosi tabetica, paralisi del nervo cru-	
Stafilococchemia e streptococchemia	760	rele, tremore atassico della lingua	B02
Stafilococchiche infesioni (Alterazioni della		Tabe dor ale (Un caso di) con sintomi bul-	
	805	bari	161
	691		5 5 5
Stenosi mitralica del Duroziez (Un caso di)	1	Tabe (Il trauma nella genesi della) e della	
con comunicazione anomala fra le due o-	_		505
recchiette all'infuori del foro di Botallo	745	Tabe iniziale (Ter la diagnosi della)	71

Web-(Selle constraints dell'interience con le)	989	Winsides shiendale / Tokens and effects del	
Tabe (Salla associazione dell'isterismo pon la) Tabetica atassia (La cura della) mercè la rio-	20	Tiroides ghiandols (Intomo agli efficiti del- l'estirpazione delle para-)	800
ducazione dei movimenti	858	Tiroidina (Sull'influenza della) sul ricambio	-
Tabici (Alterazioni delle ghiandole salivari		materiale	488
nella scialorrea dei)	651	Tisi polmonare (La prognosi della)	169
Tachicardia parceistica nei ragazzi	REI	Tonsilliti (Cura delle) con le injezioni pa-	
Talalgia blenorragia (La)	888	renchimali di acido fenico	44
Tannalbina (Tannigano s)	575 575	Topografia cerebrale (Un nuovo metodo di)	895 686
Tannigeno e tannalbina Tarnalgia (Tarsoptosi s)	749	Torace a barca (II) nella siringomislia Toraciche malattie (Applicazione della radio-	CDO
Tarsoptosi e tarsalgia	749	scopia alia diagnosi delle)	146
Temperatuta (Come si origina lo aumento		Toroisollo spasmodico (Teoria riflessa dal)	814
di) neil'organismo fabbricitante	294	Tosse convulsiva (Contro la)	96
Temperatura (Influenza della) sul processo		Tossicità (Sulla presunta) degli enzimi	26
infettivo inflammatorio	779	Tossina (Sulla) tifoide solubile	410 198
Tendinei riflessi (L'asagerazione dei) negli ateromatosi	141	Trachea (Autoscopia della laringe e della) Tracheale stenosi (Un sintoma della)	954
Tendini (La trapisatazione dei)	998	Tracoma (Distribusione geografica del)	690
Tessuti (Fermenti ossidanti dei)	964	Trapanazione dal femore	251
Testicoli (Malattia cistica dei)	485	Tracenasione (Meningite suppurate consecu-	•
Testigolo sinistro (Tubercolosi del); orchiec-		tiva alla ablazione di un sarcoma del se-	
tomia ; guarigione	788	no frontale, guarita son ia) ed il lavaoro	
Totania (Un esso di) son speciale reperto a- natomico	941	Intra-cranico	801
Totania spatica (La)	774	Trapiantesione (4:a) del tandini Trapiantesioni cutance	819
Tetania (Ettologia della) nei bambini	851		485
Totania (Un caso di) di origine gastro-inte-		Trauma (II) nelle genesi delle selerosi mul-	
stinale	110	tipla	505
Tetano al Madagascar	495	Traumatiche lesioni saddominali (La diagno-	
Tetano sperimentale (Le fine al erazioni mor-		si delle)	102
fologisha della callala nervoca asi)	779		445
Tetano (Sulla morfologia del bacillo del)	260	Trisofitiasi (Sulla)	596
Tie delerose della faccia (Crisi spercegrote- rie nel)	748	Tricophiton (Sesona da) sillederma tarilivo	
Tifo addominals (La siero disguestica del)	7B8	Tricephyten (Tigua, acorion e) Pricuspidali rumori, Localizzazione del ru-	844
Tifo addominale (Sulla diagnosi del) cel sia-		more sistolico rateralico	789
ro di Widal, con particolare riguardo al		Trigemino (Sul ramo laterale del) nei mure-	
metodo secco	45 0.	noidi	277
Tifo addominale (Sulla diagoreamione e sul	114	Tripanosoma (Contributo allo studio del) dei	4.00
suo valore prognostico nel) Tito addeminale (Sulla siero-diagnosi nel)	114	mammiferi Trombosi marantisa	100
Tito (Contributo allo studio del becillo del)		Tubercolurs anterite a ferma terpida	889 182
Tito (Il rene nel)	949.	Tubercolere meningite (La)	457
Wito (La sierodiagnostica del)	859	Pubercolare peritonite (Bugli effetti della la-	
T fo (Ostriche e)	814	parotomia nella (fibresa ereniea	25
Tifo (Siero measione della placente e del fe-		Tubercolare peritonita (Un caso di) curato e	i '
to appearamenti a donne she abbe il) du-		guarito con la lavatura apneumatica del	PRIO
rante la gravidanza Trio (Smila siero diagnostica del)	181	Tubercolare siero (Sull'anti-)	811 B11
Tito (Sullo pasumo-)	486	Tubercolan spondilite (La diagnosi prococe	OIL
Titotiden folder (Diagnesi differenziale fra la		della)	800
paittaconi e la)	486	Pubercolari lesioni osses (Nelle) ed artisclari	
Tifoides febbre (Due cesi di) cense lesiene		Tubercelari periteniti (La laparatomia nelle)	
intestinale	700	Pubercoli miliari acuti della pelle in un ca-	
Tifoide febbre (la brodo pella) Tifoidea febbre (La vaccinazione nella)	21 410	so di tubercolosi miliare generale Tubercolina (Contributo alla diagnosi della	102
Tifoide febbre (Sulle siero-diagnosi pella)	50	tubercolesi per messo della)	160
Tifnide (fulla tossina) solubile		Tubercolosi (Contributo alla diagnosi della)	
T tosi (La reazione agglutinante nei) duran-		per messe delle tubercolina	150
te la infagione e la immunità	109	Tubercolosi del testicolo simistro; orchiecto-	
Tifosi (Misurazione del potere aggintinante	7.40	mia; guarigione	78 8
nei)	748 844	Tubercolosi (Contribute allo studio della	119
Tigna, accrion a tricofiten Timpano (Otite media. Rottura del). Mastoi-		l sieroterapia nella polmonale [Tubercolosi del peritoneo. Peritonite multi-	¥ 70
dite suppurata	846	loculare essudativa. Tubercolosi picarica.	
Tiroide e cretin suo	478	Pleurite bilaterale	62 8
Tiroide (La) nella oura del mizedena	880		
Tiroide (Sulla funzione della)	824	della)	460
Troidestomia (Gozzo esoftalmico); mente re-	540	Tubercolosi I raggi Roentgen nella diagno-	217
pida Tipoidestomia (Rescentto di 104 operazioni		si dalle: Tubercolosi (La dalle ghiandole salivari	650
di) zel coziglio	250	Tubercolosi (L'ereditarietà della)	769

Tubercolosi (La) negli animali in rapporto		Thetre (Restrictions to the way the tending	
a quella dell'uomo	85	Uretra (Restringimento traumatico tardivo	279
	~	della)	749
Tubercolosi miliare generale (Tubercoli mi- liari acuti della pelle in un caso di)	182	Uretra supplementare	
Tubercolosi (Morbo di Hedgkin e) in un	102	Uretrite (Orchite gommosa; epididimite con)	674
bambino	32	cistite purulenta del collo	012
Tubercolosi polmonare e sifilide associate	750	Urina (Contributo allo studio della genesi	261
Tubercolosi polmonare (Sulla frequenza della		del pigmento giallo fondamentale dell')	259
morte per) negli amputati	57	Urinaria secrezione (Influenza del freddo sulla)	20
Tubercolosi renale	665	Urinaria tossicità nella gravidansa	817
	279	Urinarie vie (Il coli-bacillo nelle) Urina (Sul dosamento del fosforo organico	
Tubercolosi (Sulla frequenza della morte		nelle)	176
per) polmonare negli amputati	80	Urina (Sulla patogenesi e cura della inconti-	-10
Tubercolosi (Sulla) in Catania	277	nenza di) nei bambini	230
Tumore addominale (Ricerche microbiolo-	-,,,	Urine (Influenza dell'alimentazione e del la-	
giche sopre un)	616	voro sulla tossicità delle)	78
Tumore cerebrale guarito con la cura in-		Urine (L'urobilina nelle) normali	815
terns	361	Urobilina (L') nelle urine normali	815
Tumore del cervello	279	Urobilinico contenuto (Semiologia dell') dell'	-20
Tumore del lobe frontale; nefrite acuta;		intestino	84
epilessia jacksoniana	75	Urobilinuria (Contributo sperimentale allo	-
Tumore iEstirpasione totale della vescica		studio della genesi della)	295
per) diffuso	179	Urobilinuria per contusione del fegato	485
Tumore maligno (Epicrisi lontana di due		Uterina (Endo-) cura meccanica	691
	708	Uterino emostatico (L'acqua ossigenata come	45
Tumore maligno (Un caso di) del retto;		Lame, 1, 1, 2, 3, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1,	
perforazione; morte; autopsia	550	Uterino (Il raschiamento endo-) come messo di diagnosi	411
Tumore (Su di un caso di) della glutea a-	•	Uterino polipo (Estirpazisne di)	59
vente la struttura dello struma colloi-		Utero biloculare (Ritenzione di sangue me-	
deo	591	struale in una metà di un)	780
Tumore delle meningi (Meningiti e)	128	Utero (Cura elettrica dei fibromi, e fibromio-	
Tumori (Diagnosi dei tumori) del)	828	mi dell')	11
Tumori gassosi (Sui) del collo	181	Utero gravido (Sulla deviazione e rotazione	
Tumori maligni (Sulla cura dei) col liquido		dell')	850
di Coley	641	Utero-ovarico varicocele (Un caso di)	781
Tumori maligni (Sulla diagnosi dei) del fe-	V	Utero (Polino fibroso dell') Estirpazione con	••-
	1		
OBIO .	545		978
gato Tumori (Specificità cellulare dei)	902	l'ansa galvanion; guarigione	876
Tumori (Specificità cellulare dei)	902		87 6
Tumori (Specificità cellulare dei)			876
		l'ansa galvanica; guarigione	
Tumori (Specificità cellulare dei) U	902	l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea	418
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed)		l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo	
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno	902 824	l'ansa galvanios; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della)	418 150
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della)	902 824 417 715	l'ansa galvanios; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto	418 150 801
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte	902 824 417 715	l'ansa galvanios; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla)	418 150 801 690
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della)	902 824 417 715	l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma	418 150 801
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforasione nell')	902 824 417 715 406	l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinasioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello sto-	418 150 801 690 59
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione	902 824 417 715 406	l'ansa galvanica; guarigione Vacciuazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinasioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello sto- maco	418 150 801 690
Tumori (Specificità cellulare dei) U Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera oronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma	902 824 417 715 406 683	l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifcidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche spe-	418 150 801 690 59
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell')	902 824 417 715 406 683	l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-)	418 150 901 690 59
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le)	902 824 417 715 406 683 889	l'ansa galvanica; guarigione Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibi-	418 150 801 690 59 149
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi	902 824 417 715 406 683 889 589 144	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinasioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibi- le delle)	418 150 901 690 59
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le)	902 824 417 715 406 683 889 589 144	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinasioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicella (La cura della)	418 150 801 690 59 149 777 462
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arienioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle)	902 824 417 715 406 683 889 589 144 294 784	Vacciuazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinasioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di)	418 150 801 690 59 149 777 462 421
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle)	902 824 417 715 406 683 889 589 144	Vacciuazione (La) nella febbre tifoidea Vacciuazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinasioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura	418 150 801 690 59 149 777 462 421
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arienioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle)	902 824 417 715 406 683 889 589 144 784 790	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicella (La cura della) Varioccele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi	902 824 417 715 406 688 889 589 144 294 790 293	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell')	902 824 417 715 406 683 889 589 144 784 790	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicella (La cura della) Varioccele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 888 269
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uvea (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite	902 824 417 715 406 688 889 144 294 784 790 293 485	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocela (La cura della) Varicocela utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforasione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arienioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicasione (Due casi di nefrite parenchimatosa con)	902 824 417 715 406 688 889 589 144 294 790 293	Vacciuazione (La) nella febbre tifeidea Vacciuazione (La) nella febbre tifeidea Vacciuazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Vecchiaia (Le frenosi della)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 888 269
Ulcera duodenale (Saturnisme cronice ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e	902 824 417 715 406 688 889 144 784 790 293 485 487	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocela (La cura della) Varicocela utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 888 269
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicasione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica	902 824 417 715 406 688 889 144 294 784 790 293 485	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicella (La cura della) Varicella (La cura della) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Vecchiaia (Le frenosi della) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269 259 341 478 654
Ulcera duodenale (Saturnisme cronice ed) Ulcera duodenale (Saturnisme cronice ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arsenics o operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisme come modi-	902 824 417 715 406 683 889 589 144 294 790 293 485 487 251	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Vecchiaia (Le frenosi della) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269 259 341 478 654 140
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uvea (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisma come modi- ficatore della)	902 417 715 406 688 889 589 144 994 487 293 485 487 251	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicella (La cura della) Varicella (La cura della) Varicoccle utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Vecchiaia (Le frenosi della) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 888 269 259 341 478 654 140 422
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uvea (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisme come modi- ficatore della) Uretrale restringimento (Cura dell')	902 824 417 715 406 683 889 589 144 294 790 293 485 487 251	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici Vene (Speciale stato spasmodico delle)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 888 269 259 341 478 654 422 179
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcere atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisme come modi- ficatore della) Uretrale restringimento (Cura dell') Uretrale restringimento (Cura dell')	902 417 715 406 688 889 589 144 994 487 293 485 487 251	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicella (La cura della) Varicella (La cura della) Varicella (La cura della) Varicella (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Vecchiaia (Le frenosi della) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici Vene (Speciale stato spasmodico delle) Verrewil Aristide Vertebrale osteomielite (La) acuta	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 888 269 259 341 478 654 140 422
Ulcera duodenale (Saturnisme cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Cura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisme come modi- ficatore della) Uretrali ascessi (Contribuzione batteriologica allo studio dei peri-) complicanti la ble-	902 824 417 715 406 683 889 144 790 293 485 487 251 251 251	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (II) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Vecchiaia (Le frenosi della) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici Vene (Speciale stato spasmodico delle) Vernewil Aristide Vertebrale osteomielite (La) acuta	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269 259 341 478 654 140 422 179 560
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisma come modi- ficatore della) Uretrale restringimento (Cura dell') Uretrali ascessi (Contribuzione batteriologica allo studio dei peri-) complicanti la ble- norragia	902 417 715 406 688 889 589 144 790 293 485 487 251 251 328	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici Vene (Speciale stato spasmodico delle) Verneuil Aristide Vertebrale osteomielite (La) acuta Vetigine auricolare (Sulla) Vescica (Es tirpazione totale della) per tumo- re diffuso	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269 341 478 654 140 422 179 560
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La ridusione dell'acido arsenicso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisme come modi- ficatore della) Uretrale restringimento (Cura dell') Uretrale restringimento (Cura dell') Uretrali ascessi (Contribusione batteriologica allo studio dei peri-) complicanti la ble- norragia Uretra posteriore (Contro i dolori della)	902 824 417 715 406 683 889 144 790 293 485 487 251 251 251	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazione antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici Vene (Speciale stato spasmodico delle) Vernewil Aristide Vertebrale osteomielite (La) acuta Vertigime auricolare (Sulla) Vescica (Estirpazione totale della) per tumore diffuso Vescica (Papilloma della)	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269 259 341 478 654 140 422 179 560
Ulcera duodenale (Saturnismo cronico ed) Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno Ulcera della gamba (Oura della) Ulcera gastrica; ematemesi fulminea; morte Ulcera gastrica (Gastrorragia e perforazione nell') Ulcera rotonda dello stomaco (Sul carcinoma combinato con l') Ulcera venerea (Il sublimato nella profilassi dell') Ulcera atoniche (Per le) Umori degli organi (La riduzione dell'acido arsenioso operata dagli) Unghie (Psoriasi limitata alle) Uova (L'esame delle) Urea (Sulla questione del luogo di formazio- ne della) nei mammiferi Urea (Su un omologo superiore dell') Uremica intossicazione (Due casi di nefrite parenchimatosa con) Uretere (Papilloma villoso del rene dello) e della vescica Uretrale mucosa (Il cateterisma come modi- ficatore della) Uretrale restringimento (Cura dell') Uretrali ascessi (Contribuzione batteriologica allo studio dei peri-) complicanti la ble- norragia	902 417 715 406 688 889 589 144 790 293 485 487 251 251 328	Vaccinazione (La) nella febbre tifoidea Vaccinazioni antirabiche (Le) a Pielroburgo Vagina (Restaurazione del perineo, della) dell'uretra e del retto Vaginale celiotomia (Sulla) Vaginale isterectomia per carcinoma Vago (Il) come nervo secretore dello stomaco Vaiuolosa siero-terapia. (Alcune ricerche sperimentali sulla anti-) Valvole auricolo-ventricolari (L'urto sensibile delle) Varicocele utero-ovarico (Un caso di) Vasi sanguigni (Sulla tecnica della sutura dei) Vasomotori centri (I) nel bulbo dell'uomo Vasomotore sistema (Azione del peptone sul) Veleno (Siero-terapia contro il) del sangue dell'anguilla Veleni sistolici e veleni diastolici Vene (Speciale stato spasmodico delle) Verneuil Aristide Vertebrale osteomielite (La) acuta Vetigine auricolare (Sulla) Vescica (Es tirpazione totale della) per tumo- re diffuso	418 150 801 690 59 149 777 462 421 731 838 269 341 478 654 140 422 179 560

Vescicatorio (II) nalle malattie infettive Vescico-vaginale fistola complicata ad obli-	491	vidansa Vulvare prurito (Cura del)	61 420
terasione complete della parte superiore dell'uretra	665	Vulvari vegetazioni (Contro le)	706
Vescico-vaginali fistole (Cura delle) Vescico-vaginali fistole (Sulla eura delle)	887 749	W	
Vini rossi e bianchi Visivo apparato (Il centrale sotto il riguar-	800	Warton (Calcolo del dotto di)	475
Visivo apparecchio esntrale (II) dat punto di	415	Weber (La sindrome di) (Emiplegia crociata)	431
Visivo campo (Il valore della ricerca del)	745	Z	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	623 826	Zoster doppio bucco-faringeo Zucchero (Aggiunta al metodo per la di-	547
Volvulo nell'infanzia Vomito delle gravide (L'acqua ossigenata	692	mostrasione dell'eliminazione locale di) ne- gli organi e specialmente nel rene	186
nel) Yamito (La ours del) incoercibile della gra-	864	Zucchero (Sulla dimostrazione dello) nella compage del rene	109



Anno XIII.

LA RIFORMA MEDIOA Anno XIII.

Na. 74-75

VOLUME PRIMO

Napoli Martedi-Mercoledi 80 - 81 Marzo 1897 - Conto corrente con la posta

LEZIONI ORIGINALI

INTERIOR DI CAUISA MENGA DI PALMENO, DIRETTO DAL PROF. G. BUMMO. — SINDROME CONVULSIVA ISTERICA ED EPILETTICA.—TIPI CONVULSIVI ISTERICI NON COMUNI. Lezione seconda (Recoconto stemografico dello statdente MILLITELLO).

Nalla precedente lezione noi dimostrammo, a preposito di un caso di difficile diagnosi, che con un esame diligente ed accurato di tutti i sintomi, si poteva venire a capo di una diagnosi sicura e dire che in quella inferma la convalsione isterica simulava la convulsione epilettica.

Credo che a voi marà venuto il desiderio di poter conoscere, come in un quadro achematico, quali sono veramente i principali sintomi, le principali note, appartenenti alla convulsione apilettica, e quali la principali note appartementi alla convulsione interica.

Se noi potessimo fare assegnamento sui se gni patognomenici, e voi già conoscete che in nosografia veri segni patognomenici e non na abbiamo affatto e na abbiamo pochiasimi, basterebbe accennare a questi per avere la sicuressa della diagnosi. Ma vi sarete accorti, che anche quei sintomi creduti patognomenici della convulsione epilettica, se non tutti, almeno la maggior parte di essi, non sono in realtà patognomenici. Infatti, l'incontinensa delle urine, credute segno di grande valore della convulsione apilettica, quando non si conosceva tutta la sindrome delle due nevrosi, e le forme aimulatrici, non è sufficiente per derimere la questione nei casi dubbt.

Ed allora quale procedimento dobbiamo tenere? Quello stesso che teniamo, quando dinanzi a noi si presenta un caso di difficile diagnosi, quello che noi facciamo anche nalle malattie nervose sistematiche le più comuni, le più autentiche, p. es., la tabe dorsale, che è una malattia tanto bene studiata, sia nella sua forma classica che nelle forme incomplete ed anomale.

Che cosa facciamo noi dinand ad un caso dubbée di taba, dorsale o cefalica, iniziale?

Cerchiamo di vedere se vi sono alcuni aggruppementi sintomatici per derimere la questione. Quindi dinanzi ad un individuo che ha avute

la forma dolorifica della tabe, le crisi di dolori folgorenti, caratteristici, cerchiamo di vedere essieme a questo quadro, che suolsi trovare della litre malattie, vi sono alcuni sintomi che debi di denominarsi fondamentali.

2 fin allora il clinico intelligente vede se c'è de la lora di chimossibilità in cui si

2 fin allora il clinico intelligente vede se c'è il segno di 20 m b erg (impossibilità in cui si trovano cetti tabici di teneral ritti coi piedi riutoma di Argyll Robert son (abolizione del riflesso luminoso con conservazione del riflesso all'accomodazione); il segno di Westphall (assenza dei riflessi tendinei patellari); l'incoordinazione dei movimenti (atassia); l'indurazione grigia delle papille ottiche.

Se esistono 2-8 di questi segui, la diagnosi è sicura.

Di modo che se questi sintomi classici, isolatamente presi, non bastano a caratterizzare una maiattia organica per socellensa, la tabe dorsale, come potrebbero bastare nelle nevrosi? Quindi sopratutto in queste forme, non essendoci specificità di sintomi, ma specificità di sindrome, dobbiamo andare in cerca degli aggruppamenti sintomatici, che sono veramente patognomonici.

E questa è legge clinica.

Ed allora noi dobbiamo fare questa sistemasione di quadri, attenendoci a questo sistema: nalla nevrosi epilettica cercheremo di mettera in prima linea alcuni sintomi, ed altri in soconda linea; lo stesso faremo nella nevrosi istorica. Ota, quando noi possiamo trovare in un'inferma due o più sintomi della prima categoria, e a questi aggiungere altri della seconda, possiamo esser franchi nel poter dire: questa è una convulsione epilettica, questa è una convulsione isterica.

Sintomi di prim'ordine della epilessia:

1º Psiche epilettica, cioè note psichiche o sintomi psichici dell'epilessia.

Indebolimento persistente, progressivo delle facoltà intellettive. Possibilmente note degenerative somatiche (malformazione del cranio).

20Stertore o sonno stertoroso, prolungato, post-convulsivo, seguitos volte da coma profondo e con grave detrimento, quando finisce questo stato, delle facoltà intellettuali; stato di ebetudine post convulsiva, non fugace, che si accompagna con grave cefales.

So Incontinenza delle fecce e delle urine durante l'accesso, non come un epifanomeno raro, ma frequente, specie negli accessi abbastanza intensi.

4º Elevasione della temperatura non fugace e lieve, ma alquanto persistente el intensa, se le convalsioni si moltiplicano (stato di male epilettico).

5º Aura fugace, istantaneità della caduta e per-

dita completa della coscienza; convulsioni tonicocloniche, rapide estese ed intense sino al punto della suggestione anche durante la convulsione. da poter provocare slogamenti di ossa.

6º Prevalenza ed estensione dei movimenti e

della rigidità tetanica dei muscoli.

7º Utilità dei bromuri nel rendere più allona nati e meno intensi i parosismi convolsivi.

Sintomi di secondo ordine della epilessia.

1º Grido iniziale unico, soffocante, vero ululato di animali, che difficilmente si ripete. Questo fenomeno non ha grande importanza.

Si racconta a questo proposito da persona autorevole (Gowers) che accanto all'espedale degli Epitettici di Londra c'era un pappagallo, il quale aveva imparato ad imitare così bene il grido degli epilettici da far correre spesso gl'infermieri. Ora, se questo grido è così bene imitato dal pappagallo, considerate se lo può imitare una istorics !

2º Il mordersi della lingua con la spuma san-

guinolenta;

Sº Finalmente, un carattere generale della convulsione epilettica. Gli spasmi clonico-tonici sono ordinariamente generali e simmetrici (determinismo bulbare) nella forma classica del gran male epilettico. Questo determinismo convulsivo non è variabile. Esistono diversi tipi convulsivi epilettici, ma dato un tipo determinato, questo voi incontrerete nei diversi individui senza alcuna variante personale. Si conoscono pure diversi tipi di convulsione isterica; ma ogni isterica ha il suo tipo convulsivo, più o meno complesso, con gli stessi episodi individuali;

4º Come ultimo carattare possiamo mettere la

facilità delle convulsioni notturne.

Sintomi dell'isterismo.

1º Psiche isterica. L'intelligenza è poco o punto modificata: mancano nell'isterismo le note del decadimento permanente e progressivo delle facoltà intellettuali. Le stigmate vera dell'isteri smo sono rappresentate da turbamento della volontà, della memoria e delle faciltà affettive.

Le isteriche sono abuliche, senza volontà, sono

soggetti suggestionabili.

Spesso sono amnestiche, simulatrici; oggi dicono una cosa, domani un'altra, perchè non ricordano quello che hanno detto il giorno innanzi.

L'altra nota è poi l'affettività grandissima delle isteriche; esse sono affettuose, tenere, vanagloriose, vogliono sentir parlare di loro; sono civette. Difficilmente si presenterà al medico (se giovane e grazioso) la isterica non pettinata. Or bene se sapete cogliere un fiore messo tra i capelli, un nastro bene accomodato, voi direte questa è un'isterica.

Bisogna tener conto di tatto per iscoprire l'isterismo simulatore.

2º Suggestionabilità del soggetto ed influenza Se avete educato il vostro soggetto, una vostra parola, durante il parosismo convulsivo, fa cossare, come per incanto, l'accesso.

3º Ipnosi isterica post-convulsiva. Sonno calmo, fugace, in cui la coscienza non si spegne completamente: durante il sonno, le isteriche borbottano e spesso se domandate quaiche cosa, vi rispondono.

Ci può essere anche un po' di stertore, ma appena un rudimento; spesso sono isteriche che hanno visto una convulsione epilettica e simulano lo stertore, che è sempre fugace. Subito dopo la convulsione risequistano prontamente le facoltà intellettive.

4º Assenza di grido unico, iniziale e grida pro-

lungate durante l'accesso.

5º L'inisio della convulsione non è rapido e fulmineo; in questa possono esserci delle contrasioni toniche, non violente ma fugaci e leggiere: ordinariamente prevalgono le convulsioni cloniche, i rapidi e multiformi movimenti e grandi raggi, la cui varietà sfugge a tutti i tentativi di regolare descrizione: attitudini illogiche, espressione grottesca o tragica della fisonomia.

6º La temperatura anche durante un lungo periodo di crisi convulsive intense e prolungate si eleva di 1 grado, raramente di 1 1/2.

Stigmate somatiche permanenti. Note che si trovano negli intervalli delle convulcioni (periodo interparosistico).

7ª Zone isterogene: spasmogene e spasmofrenatrici.

8º Stigmate sensitive. Anestesie totali o dissociate, anestesie delle mucose.

9º Stigmate sensoriali: ambliopia interica (restringimento concentrico permanente del campo visivo, astenopia, discromatopsia o acromatopsia)

ageusia, anosmia complete o parziali.

Di tutto questo insieme di fenomeni, determinanti il tipo e la convulsione isterica, meritano maggiore considerazione le zone spasmo-frenatrici e le spasmogene, le stigmate sensitivo sensoriali, la psiehe isterica, la suggestionabilità del soggetto, il prevalere delle convulsioni cloniche e le attitudini illogiche e le pose passionate, e la mancanza di taluni segni che sono più frequenti nel tipo epilettico.

Con questo schisso io credo che potrete orientarvi dinanzi ad un tipo dubbio di nevrosi isterica o epilettica.

Ora entreremo in un altro campo di azione: dobbiamo studiare i diversi tipi convulsivi isterici ed epilettici. Attualmente in sala abbiamo l'opportunità di potervi presentare alcuni tipi, e non dei più comuni, della convulsione isterica. Se ci capiterà il desaro di avere dei tipi epilete

tici, faremo una serie di lezioni sulle diverse forme di epilessia. E noi continueremo a parla re ancora del così detto determinismo clinico isterico, il quale scaturirà chiaro, quando avrete conceciuto i diversi tipi di vera ed autentica convulsione interios.

Questa ragassa che vi presento, a nome Rosina Sampino, di anni 12, da Palermo, ci mostra un tipo di convulsione isterica poco comune. Nessun antecedente ereditario positivo esiste nella nostra inferma. La madre è morta da circa due anni per diabete (secondo asserisce l'inferma): il padre è vivente e sano; ha due fratelli ed una sorella viventi e sani; un fratellino è morto in tenera età.

Nulla di speciale in linea collaterale. All' età di sei anni ha sofferto di febbri infettive.

Due anni addietro, in seguito a dispiacere avuto per la morte della madre, fu presa bruscamente, mentre camminava, da leggera vertigine, per cui cadde a terra.

Di modo che una causa morale e di gran momento ha dato la spinte alla prima nota di disturbata innervazione della nostra ragazza.

E questa prima manifestazione morboza è rappresentata da questo fatto: per la notisia della morie della madre cadde a terra, non sappiamo veramente se per stato vertiginoso o per deficienza di energia degli arti.

Sollevata da terra, si accorse che aveva paralisi dell'arto inferiore sinistro e paresi dell'arto superiore dello stesso lato. La coscienza era perfettamente integra, anche durante l'iclus.

L'emiplegia sinistra durò un quarto d'ora, e la motilità volontaria si ripristinò come per incanto; ma in quella stessa giornata tale accesso si ripetà tre volte, sensa fenomeni convulsivi generali, ne parziali. L'inferma asserisce che in tutti e tre i suddetti accessi paralitici ebbe perdita involontaria d'urina.

In seguito stette bene per 15 giorni, poi, bruscamente, mentre camminava, fu presa da leggiere scosse clonico-toniche all'arto inferiore sinistro, per cui l'ammalata fu costretta a sedersi. Anche questa volta la coscienza si mantenne integra. Quest'accesso non era preceduto ne da aure, nè da parestesie.

Poco tempo dopo, la ragazza andò soggetta a convulsioni , clonico-toniche, diffuse anche ai muscoli della faccia, che si iniziavano principalmente dall'arto inferiore sinistro, e poi si generalizzavano a tutto il corpo; tali convulsioni avevano la durata di diesi minuti. L'ammalata asseriace che durante queste convulsioni ebbe perdita di urina.

Le convulsioni si ripetavano due o tre volte al giorno. Dopo un accesso convulsivo shbe conin attitudine estensoria. In questo stato è durate: sino ad ora. È stata ricoverata per 4 mesi nell'Ospedale di S. Saverio e durante questo tempo ha avoto quattro accessi convulsivi, dei quali l'ultimo il giorno 24 novembre cogli stessi caratteri del precedente.

In Clinica Medica, nella sala Charcot, la notte del 29 novembre fu colpita da un accesso convulsivo che, per quanto si rileva dalle persone che le erano vicine, ebbe i seguenti caratteri. Assenza di aura e di grido iniziale. L'ammalata, svegliatasi improvvisamente, fu presa da scosse convulsive somiglianti a tremore, localizzate da principio all'arto inferiore sinistro, e poi diffuse a tutto il corpo. Non ebbe schiuma alla bocca, nè emissione involontaria di urina e di fecce; la coscienza in principio dell'accesso era conservata tanto che la ragazza potè chiamare l'infermiera per essere aiutata, poi (secondo asserisce l'inferma) si perdette. L'accesso abbe la durata di 5 minuti circa. Dopo l' accesso, l'ammalata restò pochi minuti in una specie di stordimento, e di mutismo. La temperatura non si elevò subito dopo la convulsione.

Eccovi in succinto le principali note obbietti ve. Ragazza di contituzione scheletrica regolare muscoli discretamente sviluppati, pannicolo adiposo mediocre, nutrisione discreta, colorito della pelle pallido.

Artí superiori: Nulla di anormale; la motilità è integra.

Arti inferiori: Notasi una lieve tendenza di ambedue i piedi, e specialmente del sinistro, alla posizione varo equina, tanto che bisogna insistere presso l'ammalata per farle assumere l'attitudine normale.

I movimenti passivi sono normali nel senso che i singoli gruppi muscolari non oppongono resistenza di rilievo; però l'arto inferiore sinistro; appena rilasciato, tende a prendere la sua attitudine abituale. I movimenti attivi presentano di speciale che si compiono conservando sempre la tendenza dei piedi a portarsi nell'attitudine varoequina, e ricecono stentati solo quei movimenti che contrariano tale attitudine.

Forza muscolare. Il dinamometro segua a destra 85 e a sinistra 10.

Trofiemo muscolare. Esiste una modicissima potrofia dell'arto inferiore sinistro, come si rileva dalle seguenti misure: la circonferenza della gamba destra, a 9 cm. al di sotto del margine inferiore della rotula, misura 25 cm., quella della sinistra allo stesso livello è di cm. 24, il diametro preso a 20 cm. dal margine inferiore della rotula era uguale in entrambi i lati.

Agli arti superiori nulla di anormale.

Sensibilità: tattile, normale; algesica, normale trattura permanente dell'arto inferiore, sinistro | barica normale, (fra 150-200); termica, normale : ciò si riferisce a qualsiasi punto del corpo.

Sensibilità specifiche integre.

Senso muscolare ed osteo-articolare, integri ambedue.

Riflessi superficiali alquanto diminuiti; per quello plantare devesi tener conto dell'attitudine varo-equina.

Riflessi rotulei esagerati, specialmente a sinistra. Non si ottiene il clono del piede.

I riflessi tendinei dell'arto superiore (pugno e gomito) sono esagerati specialmente a sinistra. Riflesso faringeo e dell'ugola normali.

Riflesso pupillare alla luce ed all'accomodasione normale.

Statica. Non c'è fenomeno di Romberg, nè altra forma di astasia, tranne che l'ammalata non può mantenersi per molto tempo in piedi, attesa l'attitudine spastica varo-equina dell'arto inferiore sinistro.

Deambulazione: Il tipo è elcopode a sinistra.

Dall'esame dell'occhio si è ricavato questo: Il campo visivo è leggermente ristretto, all'esterno; inoltre c'è un po' di allargamento del campo visivo pel color rosso. Non c'è discromatopsia. Di modo che la stigmate permanente, che ha questa ragazza, è rappresentata da una monoplegia crurale sinistra, spastica, sopratutto quando deve mettersi in posizione eretta e deve camminare, spasmo stasico e basico; e diciamo spasmo non solo per la rigidità muscolare, ma per l'esagerazione dei riflessi tendinei.

Facciamo astrazione di questa stigmate motrice, e occupiamoci per ora della convulsione, puramente e semplicemente. È inutile che io vi dica che la prima impressione che ricevetti dallo studio della nostra inferma fu che si trattava di isterismo. Edotti dai diversi caratteri differenziali, voi già avete potuto fare questo primo giudizio sommario.

Quello che è importante a conoscersi nella nostra inferma è questo: Qual'è il tipo della convulsione? tanto più che, come vi dirò, questo tipo convulsivo è rarissimo a manifestarsi nelle isteriche e comune nell'epilessia.

L'iniziarsi della convulsione costantemente dall'arto inferiore sinistro, passando successivamente all'arto superiore dello stesso lato, e poi alla faccia ed al lato opposto, e il generalizzarsi della convulsione, la conservazione della coscienza all'inizio della convulsione e la perdita della medesima quando la convulsione si è generalizzata, la mancanza del grido iniziale, la mancanza dello stertore finale, ecc., tutto questo costituisce un complesso sintomatico che oggi, dopo i lavori di Bravais e di Jackson, va sotto il nome di epilessia jacksoniana, perchè è stato Jackson colui che pel primo ha separato questa speciale forma di convulsione dal tipo epi-

lettico comune. L'epilessia jacksoniana si chiama pure epilessia parziale.

Dunque questa ragazza presenta convulsioni jacksoniane, con la differenza che, invece di essere un'epilettica, è un'isterica.

Dobbiamo annoverare anche la convulsione jacksoniana nel quadro dei tipi isterici convulsivi? Il quesito delicato sta dunque in questo: di dover separare dalla epilessia questa forma, quando si tratta di soggetto isterico.

Qual'è il determinismo di questa convulsione jacksoniana?

La convulsione non è generalizzata fin dallo inizio, ma parziale e suol cominciare o dall'arto superiore, o dall'inferiore, o dalla faccia; c'è una legge quando la convulsione passa da un punto ad un altro e questa legge noi la troviamo applicata perfettamente nella nostra ragazza. Ci sono individui che hanno la così detta convulsione jaksoniana parcellare, una convulsione c'oè che si presenta sempre localizzata e non si diffonde mai, e può essere facciale, brachiale o crurale. Ordinariamente incomincia dalla estremità dell'arto, raramente dalla radice, ed a preferenza dalle grosse dita della mano e del piede.

Quando incomincia parziale e poi si diffonde, ha un determinismo di diffusione: cioè se incomincia dall'arto inferiore, dopo è colpito l'arto superiore, poi la faccia, ed infine il lato opposto.

Se incomincia dell'arto superiore, si diffonde alla faccia e poi all'arto inferiore. Se incomincia alla faccia, prima prende l'arto superiore e poi l'inferiore.

Ora, non è il tipo convulsivo per sè stesso lo argomento che noi dobbiamo addurre per dire che qui si tratti d'isterismo, perchè la nostra inferma simula completamente gli accessi di vera e propria epilessia parziale. Sono le stigmate permanenti quelle che ci debbono guidare.

È la psiche inalterata, la intelligenza vigile che presenta questa ragazza che ci fa pensare all'isterismo; sono le poche note oculari e l'insieme della forma clinica.

Per quanto riguarda la monoplegia crurale sinistra, spastica, noi non possiamo essere risolati nel giudizio, appunto perchè non si accompagna con disordini della sensibilità.

Questa monoplegia crurale noi la possiamo trovare nell'epilessia jacksoniana, perchè ordinariamente in questa c'è una lesione costante della zona rolandica o delle vicinanze, per cui li dove si inne-ta la lesione, vi è disturbo di funzione, da cui il disordine motorio permanente, che si esagera dopo ripetuti accessi convulsivi. Nè fa ostacolo il vario succedersi dei fenomeni acinesici, ipercinesici e convulsivi nell'arto inferiere sitistro, perché questo pnò verificarsi nell' epitessia jacksoniana

o corticale organica. Ed è facile il comprenderlo, per poco che si pensi che la lesione provocatrice si trovi nella estremità superiore della circonvolusione frontale e parietale ascendente o lobulo pararolandico.

Dal complesso dei sintomi, dunque, noi possiamo avere maggiore presunzione che si tratti di convulgione incheoniana isterioa.

Ma per averne la sicuressa completa bisognerà guarire la inferma con la cura psichica o suggestiva, ed allora soltanto possiamo dire che esiste una vera convulsione jackeoniana isterioa.

Per quanto riguarda la sede delle due forme di convulsioni jacksoniane, non vi è differenza fondamentale; quella che varia è la natura della

Nella convulsione jacksoniana epilettica c'è una lesione organica; nella istorica c'è un disordine dinamico della stessa regione. Nella convulsione jacksoniana epilettica si tratta di sclerosi, di pachimeningite, de tumore, ecc., nella isteries esiste un punto in cui la volontà non esercita più il suo imperio; esiste, cioè, nel terso superiore delle circonvolusioni frontale e parietale ascendenti e lobulo pararelandico di destra un aumento dell'eccitabilità corticale, donde lo spasmo permanente dell'arto inferiore sinistro, che si congera in momenti determinati e diviene centro di messima intensità funzionale, onde la convulsione clonico-tonica dell'arto inferiore sinistro. a cui segue il generalizzarsi dei movimenti convalsivi, per il rapido diffondersi dello scoita-

Con lo schema che vi presento voi potete farvi uz'idea chiara del modo di diffondersi dello cocitamento corticale, che dà come manifestazione

sintomatica la convulsione jacksoniana istorica.

Ma ho detto che c'è un centro di dinamismo attivo permanente nella parte alta della zona rolandica destra. Da questo punto superiore lo socitamento si propaga nelle regioni più vicine durante la convulsione, e questa propagazione per ragioni fisiologiche ed anatomiche deve avvenire con un determinismo compre costante. L'eccitamento dal terzo superiore passerà ansitutto al terzo medio delle circonvoluzioni frontale e parietale ascendenti, ed entra in gioco il braccio; poi si diffonde al terzo inferiore ed entrano in gioco i muscoli della faccia, della lingua, e delle mascelle, coc. Ma comprenderete che questo eccitamento non può restare localizzato: quando l'attività dinamica ha raggiunto il suo massimo sviluppo, lo eccitamento per le fibre commessurali si diffonde alla sona rolandica dell'emisfero opposto; e finalmente per mezzo delle fibre del fascio piramidale l'eccitamento si comunica al bulbo, e si manifestano le convulsioni generali e simmetriche con perdita della coscienza, per la consecutiva ischemia corticale del cervello.

Tutto questo nella nostra inferma è semplicemente prodotto da disordine dinamico; nella convulsione jacksoniana epilettica è prodotto da una lesione organica permanente: ecco la differenza fondamentale che divide nettamente la convulgione jacksoniana latérica, da quella epilettica.

Questa ragazza noi la cureremo psichicamente, e se otterremo una guarigione definitiva, dovete ritenere come un fatto acquisito, che esiste veramente una convulsione jacksoniana isterica per perturbamento dinamico della zona corticale rolandica.

MASSUNTO DEI LAYORI PIÙ IMPORTANTI PUBBLICATI NEL CAMPO MEDICO-CHIRIRBICO

TERAPICHE ATTUALITÀ

Sounanio. - 1. La cura della sifilide con le interioni endo. renose di sali di mercurio in Inghilterra.-Le inissioni intracemen di viero artificiale, dapo le emerragie operative o eccidentali, - 3. Contributo alla cura della difterite col nice di Bahring. - 4. did siere mistropiococchico di Marmorek.

La pura della sifilida pon la injezioni endovenges disali di meregrio in inghilterra, Lazo — E noto the questo metodo terapeutico fu attusto dal Baccelli per la prima voltanei 1898,

Dopo di lui molti medici hanno sperimentato tale mattodo di cura.

L'autore, avendo avato l'opportunità di curare un gran numero di individui affetti da sifilide,

il metodo B a c c e 11 i nell'ospedale Lock di Londra e si è formato la convinzione che esso è prefe ribile a tutti gli altri metodi (somministrazione per via interna, inicaione intramuscolare, ecc.), specialmente per la rapidità con cui agisce.

La preparazione, che l'autore adoperò, era di cianuro di mercurio all'1 per cento; e di questa soluzione iniettava circa 174 di grammo.

Nei casi gravi, incominciò coll'inistiarne per uno das giorni, il doppio. Le injezioni furono fatte giornalmente.

Il numero di casi, trattati con questo metodo, fu di 76; le iniesioni, fatte, superarono le 1000.

Il risultato di queste iniezioni fu il seguente: cinquanta pazienti issciarono l'ospedale, liberi da qualsiasi manifestasione sifilitica; sedici miglioin questi ultimi nove mesi, ha sperimentato pure rarono molto; ma presentavano ancora tracce

della malattia, quando si allontanarono dallo Ospedale; quattro rifiutarono di continuare la cura; sei si trovarono nell'impossibilità di essere curati in questo modo per la sottigliezza e per la profondità delle vene.

E cosa molto facile vedere, se l'ago della siringa sia penetrato nella vena, per il dolore, e il bruciore che si destano quando la soluzione non penetra nel vase e per la poca mobilità che ha l'ago, quando, si trova nel tessuto cellulare sottocutaneo.

La vena ordinariamente scelta fu la mediana basilica; in nessun caso ebbero a lamentarsi alterazioni nella sua parete.

L'autore fa notare, inoltre, che, con questo metodo, furono curati tutti i pazienti che si presentarono all'ospedale, nel periodo di tempo in cui egli fece le sue ricerche, sia che si trattasse di casi leggieri o gravi.

In ogni caso, la diagnosi era assolutamente certa; essa fu fatta dietro la comparsa dei fenomeni secondari.

L'autore riepiloga così i vantaggi, che offrono le iniezioni intravenose:

esse non destano assolutamente aleun dolore, al contrario delle iniesioni intramuscolari: le funzioni digerenti non sono per nulla alterate; le dosi dei sali di mercurio adoperate sono molto piccole; con le dovute precauzioni non portano localmente alcun danno, anche quando l'ago non penetra nella vena; il miglioramento è certo rapido, onde tale metodo è da preferirsi specie nei casi di sifilide cerebrale (British Medical Journal, 12 dicembre 1896).

Le iniczioni intravenese di siore artificiale dopo le emerragie operative o accidentali.— Sohwartz ha sperimentato le iniczioni di sioro artificiale in parecchi ammalati, ma più specialmente in due, dei quali riporta la storia e l'atto operativo eseguito.

In un'inferma dell'età di 80 anni affetta da voluminoso gozzo cistico che venne asportato. Era scorso appena un'ora dall'operazione, quando fu colpita da una emorragia imponentissima.

Mermet, medico della sala, legò il vaso sanguinante e poscia avendo constatato una temperatura rettale di 85°5, e polso piccolissimo, fece un'iniezione intravenosa di 2,509 grammi di siero artificiale.

Poco dopo, il polso si rimise quasi al normale, e l'inferma, dopo alquanti giorni, usci dall'ospedale del tutto guarita.

Io un'altra inferma, fu asportato un grosso tumore addominale diagnosticato per ciste multiloculare dell'ovaio, probabilmente colloide o gelatinoso. Venne anche operata, e non ostante l'applicazione di numerose pinze, l'emorragia era così abbondante, che il polso della radiale scomparve quasi del tutto.

Allora scoperta la vena cefalica del braccio sinistro, s'iniettarono 1,500 grammi di siero artificiale.

Il polso si fece ampio, il respiro si rimise, potè così essere terminate l'operazione.

L'inferma faceva sperare, un buon successo, ma al secondo giorno dall'operazione fu colta da collasso, e morì prima che non si potesse praticare una 2ª trasfusione di siero.

L'autopsia rivelò, assenza nella cavità peritoneale di versamento sanguigno, ma il miocardio

era degenerato in grasso.

Il liquido adoperato per la trasfusione è costituito da una soluzione salina, contenente 7 grammi di cloruro di sodio per ogni litro d'acqua bollita, o meglio sterilizzata all'autoclave.

Due o tre bolliture successive sono, praticamente, sufficienti per avere l'acqua sterilizzata, nella quale sarà disciolto il sale alla dose indicata.

Questa soluzione sarà conservata in recipienti di cristallo previamente sterilizzati, e muniti di turacciolo con due fori. In uno s'introduce un tubo di vetro che pesca nella soluzione, ripiegato all'esterno ad angolo retto; a questa estremità verrà innestata una canula di gomma che porta legata, alla sua volta, all'estremo opposto, un piccolo tre-quarti.

Nell'altro foro del turacciolo s' introduce un altro tubo di vetro, pel quale si spinge l'aria che

fa rimontare il liquido per l'altro tubo.

Volendo iniettare il siero artificiale, si isola la vena basilica o cefalica se sono bene sviluppate; diversamente si isolerà un'altra vena dell'arto inferiore e si riscalda la soluzione a bagno-maria, fino alla temperatura di 40° e non oltre.

Preparata la vena, con tutte le regole di asepsi, si passa un filo nel capo periferico e si lega; un altro filo nel capo centrale, serve per sollevare il vaso. La cannula s' introduce per 1-2 centimetri, dopo di che s' incomincia l'iniezione, che deve essere fatta lentissimamente, senza che aria penetri, sorvegliando attentamente il polso e il respiro.

Ordinariamente il polso si rialsa, e ridiventa palpabile dopo trasfusi 500 e 1000 grammi di siero.

Se le perdite di sangue, sono state abbondantissime, si potrà iniettare fino a 2500 grammi di siero, in una sola volta; quindi si da qualche piccolo punto di sutura nei margini della ferita e si medica asetticamente.

Eseguendo l'operazione con tutte le regole dell'asepsi, nella gran maggioranza dei casi, si ha un risultato soddisfacentissimo e rapido, specie quando, a tale atto operativo vengono in soccorso le iniezioni sottocutance di etere, olio canforato, caffeina e le bevande calde (Journal des praticiens, n. 51, 1896).

Vajana

Contribute alla cura della differite cel ciere di Bebring.— Hammer riferisce i risultati ottenuti dalla sieroterapia nella Clinica pediatrica di Heidelberg', diretta dal Vierordt. Si ebbero in cura 112 bambini, a cui si iniettò quasi esclusivamente il siero di Behring della fabbrica di Höchst; solo in qualche caso si fece uso del siero di Aronson della fabbrica di Schering, a causa della maggiore modicità del prezzo. In quei 112 casi, 87 volte fu trovato il bacillo di Loeffler; in 7 casi lo

seame batteriescopico non potè esser fatto; in 18 altri non fu trovato il bacillo di Loeffler, malgrado i ripetuti esami. In tutto si ebbero 17 casi di morte. La tracheotomia fu seeguita 27 volte, 15 volte con esito letale (ossia nel 48º[a]. I casi non tracheotomissati furono 68, di cui morirono 8, ossia il 4,7 %

I favorevoli effetti della sieroterapia, osserva lo autore, al manifestano in primo luogo col miglioramento dello stato generale a cui quasi sempre ya di pari passo l'abbassamento della temperatura, il quale può aver luogo in forma critica, ovvero per lisi. La frequenza del polso non risente semprei però, al pari della temperatura, l'infigensa favorevole del siero. Ma nei casi leggeri è frequente l'osservare , insieme all'abbassamento della temperature, la diminuzione della frequenza del polso ed il miglioramento dello stato generale.

Grande debolezza cardiaca non fu esservata in alcuni dei casi non trachetomissati, ed anche nei bambini in cui fu eseguita la tracheotomia la deboleasa di cuore o esisteva già prima della cura, ovvero si manifestò in seguito per l'insufficienza della nutrizione causata dalla difficoltà di inghiottire.

L dagno di sesere osservato che negli ammalati, in sul, quando furono ricevuti, la trachea era perfettamente sana, il processo difterico non attaccò mai le vie respiratorie profonde; invece frequentemente si osservò la diffusione del processo alla faringe ed al naso.

Il siero impiegato fu quello della boccetta n. II, che contiene circa 1000 unità antitossiche, e fu ripetuta nei casi gravi senza sentire la necessità di ricorrere ad un'unica dose più forte. Recentemente la fabbrica di Höchst ha messo in commercio un siero più energico, il cui numero delle unità immunissanti è notevolmente cresciuto di fronte alla quantità del siero. In un emu, sono contenute 500-600 unità immunissanti, in modo che la dose più forte preparata in 5 cmc. contiene 300 unità immuniguanti, mentre per lo passato la dose più forte n. III conteneva 150 unità immunissanti per ome.

L'autore adoperò la dose fortissima ora cennata, due volte, ma essa da un canto non ha un effetto favorevole speciale, più notevole delle dosi minori, e dail'altre il suo care prezze (M. 24) ne impediace il largo uso. La dose più forte che l'autore injettò fu di 5000 unità immunissanti,

Le inicaioni di siero non ebbero alcun effetto solo in 4 casi.

Come affetti secondari agradaveli, l'autore notè manifestazioni cutanee diverse, come eruzioni scarlattiniformi, eritema essudativo, lieve reumatismo articolare, orticaria limitata al sito della iniesione.

L'albuminuria non fu più frequente nei casi curati col siero di Behring, che in quelli curati diversamente.

Paralisi post-difteriohe furono osservate soltanto in due casi.

Negli infermi che poterono esser tenuti in osservasione, anche lungo tempo dopo che il processo morboso era estinto, si notò che la convalescenza come hanno anche asserito Marmorek ed Aron-

decorreva rapidamente e senza alcun fatto nuovo, contrariamente all'assersione di alcuni, che il sicro antidifterico abbia un'influenza afavorevole sul decorso della convalescenza,

Le conclusioni ultime dell'autore sono, che il siero antidifterico non porta con se alcun pericolo e che ad esso si deve il notevole abbassamento della mortalità della difterite e quindi merita che il suo uso sia generalizzato (Deulsche med. Woch, n. 51, 1896).

Sui siore antistroptesesshies di Marmerck, B. Bormemena si propose di vedere se il siero antistreptococchico producesse una immunità passiva o se esso avesse una tale forsa protettiva da essere appropriato ad un uso terapeutico nell'nomo. Il siero usato, dall'autore, nelle sue ricerche, fu fornito dal Marmorek, e fu impiegato tanto come messo preventivo quanto contro l'esistente infexione da atreptococchi.

Dalle ricerche dell'autore risulta, che il siero ha azione preventiva alla dose di 1 co., e che non è possibile col medesimo di proteggere, anche usato in grandi quantità (6 cc.), gli animali da una infesione acuta. In un'altra serie di ricerche, dimostra che il siero normale del cavallo e dell'uomo non ha alcuna asione sui conigli inoculati con una doce di 0,01 cc. di cultura.

Carco poi l'autore di vedere se questo siero antistreptococchico possedesse le reasioni trovate da Pfeiffer e Gruber per il siero del colera e del tifo, ed a questo scopo, a 10 cc. di brodo, aggiunse 1-5 cc. di siero e poi vi innestava una cultura di streptecocchi. Dopo 24 ore potè essere riconceciuto in tutti i tubi uno sviluppo manifesto degli streptocoschi in forme di un sedimento mucoso attaccaticcio e non informa di un sedimento granuloso, a fiocchi o finamente polverniento, come ordinariamente ha luogo nelle culture in brodo. Ricerche comparative fatte con l'aggiunta di sieri di animali sani (cavallo, bue, nomo) diedero le stesse proprietà culturali nel brodo, in guisa che questo speciale sy.luppo non é da ritenerlo specifico del siero antistreptococchico, ma sembra invoce assere dovuto semplicamente all'aggiunta del siero sanguigno.

Queste culture, fatte nella miscala di brodo e siero antistreptococcico non addimostrarono microscopicamente alcuna alterazione, poiché le catenule si coloravano bene.

Inoltre furono fatte, dall'autore, ricerche, secondo il metodo di Pfeiffer, di intesione intraperitoneale, e tanto negli animali a cui venue inoculato il siero di Marmorek assieme a streptococchi, quanto in quelli a cui si iniettò la sola cultura di streptococchi, fu constatata, nel liquido peritoneale la scomparsa delle catenelle in uno spasio di tempo variabile da 15 minuti a due ore, in guisa che anche questo metodo non dimostrò alcuna azione specifica del siero in questione.

Le ricerche dell'autore mostrano, essere possibile una immunità passiva contro lo streptococco

nella terapia, abbisegnano ricerche sperimentali non punto cariche, sensa albumina e zucehero, non si dubbie sulla sua azione specifica, tanto più che noi non sappiamo ancora positivamente, se nell'infezione streptococchica si producessero tossine e se nell'azione di queste risiedesse l'essenza della malattia; sicché non si sa ancora, se il siero antistreptococchico agisca o no antitossicamente.

Inoltre, molte altre questioni abbisognano di spiega; così la questione, se lo streptococco, aumentato in virulenza per il coniglio, fosse patogano per l' nomo; è anche negente conoscere più minutamente tutti i processi, che hanno luogo nell'infezione streptococchica, per spiegare la morte avvenuta in alcuni animali al 9º-11º-17º giorno dall'infezione; in questi casi si può pensare o che la immunità fosse scomparsa o che i microrganismi fossero rimasti latenti, vitali e capaci di infettare.

In tutte queste questioni ci ammaestreranno ulteriori ricerche (Wiener klinische Wochenschrift, n. 51, decembre 1896).

Scaalion

PRATICA DELLA MEDICINA

Sommanio. — 1. Febbri gastro-intestinali semplici della seconda infanzia. - 2. Quando e come bisogna praticare la perineorrafia dopo il parto. - 3. L' arsenico in pediatria. - 4. Sull'actinomicosi della porzione sopradiaframmatica del tabo digestivo. — 5. Sui metodi terapeutici nell'uso del naftolo a e dei preparati di creosoto.

Grasset. H. — Febbri gastro-intestinali cempiloi della seconda infanzia

Non è raro di vedere nei ragazzi in seguito ad alimentazione insufficiente o forzata, non in rapporto con lo sviluppo degli organi digestivi e della loro potenza funzionale, insorgere uno stato febbrile particolare, di poca durata, che non si trova descritto in alcun trattato didattico, e che forse corrisponde alle febbri catarrali degli antichi ed alle febbri effimere o remittenti.

Secondo l'autore questi stati febbrili possono aggrupparsi sotto 4 forme:

- 1º la forma poli-remittente;
- 2º la forma remittente cd irregolare;
- 8º l'imbarazzo gastrico;
- 4º la forma eruttiva.

Queste febbri hanno la loro genesi in una autointossicazione prodotta da cattivo funzionamento delle vie digestive per l'ingestione di ali-menti non appropriati all'età dei ragazzi ed irritanti. Esse si verificano nell'età da 8-7 anni, prediligono più i maschi che le femmine e si nosano più frequentemente da maggio a luglio.

La forma poliremittente ha inizio brusco, serale ed é accompagnata spesso da mal di testa e raramente da vomito o da nausea; talora l'inigio pare la febbre, la quale può ripetersi ogni giorè meno rapido, ed il male è preceduto da 1.2 no o ad intervalli di 1.2 giorni. La durata di giorni di inappetenza; talora invece il ragazzo questa forma non è mai superiore a cinque giorni, mangia più avidamente degli altri giorni. All'esame la lingua sembra in essa spesso normale, il vensi trova lingua saburrale, le fecci sono fetide, tre è indelente, raramente gonfie, i vomiti sono

son, ma aggiunse che prima di impiegare il siero l'inappetenza è assoluta, le urine sono poso o osserva eruzione nè aumento di ottusità dell'eja splenica ed epatica; solo alle volte si constata una leggiera diarrea, che eccezionalmente è mucosa; ordinariamente vi è costipazione di ventre e sotto l'influenza di enteroclismi vengono fuori fecce dure, assai puzzolenti. Le fecce sotto l'influenza di un'adatta terapia perdono una parte del loro odore, i sintomi si attenuano e spesso dopo il 8º 4º giorno i ragazzi domandano da mangiare. Il corso della temperatura è tipico. All' inizio il termometro sale a 890-890,5, il giorno dopo raggiunge e sorpassa talora i 40°, 40°,5 nei casi gravi. Nei casi semplici la temperatura resta elevata per 2.8 giorni; nei casi gravi persiste sino a 10-12 giorni. Le temperature minime, 87°,8-88°,5, si hanno al mattino. E caratteristico il fatto, che ad un tratto ed una o più volte nella giornata, il ragasso diviene triste, agitato, febbrile per 1-2 ore, dopo le quali riterna calmo; durante questi accessi il termometro sale, ma sempre raggiunge una cifra minore della sera.

Nei casi più intensi, d'origine probabilmente infettiva, tifica, si ha una diarrea poco intensa ed il rigonfiamento dell'addome, ma l'esame batteriologico delle fecce, in due casi, non diede sioun risultato in riguardo alla presenza del ba-

cillo del tifo.

Questa forma s'accompagna dopo alcuni giorni in taluni ammalati con tosse secca, accessionale, che principalmente ha luogo mattina e sera con risultato negativo all'ascoltazione el alla percussione, ma talora ad un grado più intenso può aversi un soffio tubario dovato ad una semplice iperemia bronchiale e disturbi di pleurite fugace manifestantisi con dolori toracici, variabili di sede nella stessa giornata.

La convalescenza comincia con una caduta brusca della temperatura ed è rapida. Eta prognosi è fausta. Le recidive sono assai frequenti; infatti certi soggetti ad ogni cangiamento di stagione od in ogni primavera (maggio-luglio) seno affetti da imbarazzo gastro-intestinale febbrile.

La diagnosi è facile. Tale malattia si distingue dalla febbre tifoide, perché in quest'ultima il ristabilimento è graduale, la milsa è ingrandita e

la durata è maggiore.

L'evoluzione della malattia mette faori questione la tubercolosi intestinale, la febbre intermittente, la meningite, l'influenza, la bronchite, la congestione polmonare, la pleurite e la pneumonite.

Nella forma remittente od irregolare, la evoluzione è la stessa di quella che si osserva nella forma poliremittente, ma qui la remittenza è più spiccata, tanto che si può oredere essere giunta la convilescenza, mentre poi brus amente riap-

The state of the s

rari e la costipazione ventrale è interretta di tanto in tanto da scariche diarroiche.

La forma eruttiva si distingue soltanto per la eruzione cutanes. In essa nulla vi è da aggiungere; il tipo febbrile è raramente poli-remittente; esso è in generale irregolare. L'erusione comincia frequentemente sulla faccia od alia parte superiore del tronco e rimane qui localissata od invade anche la pelle delle braccia , delle mani , delle cosce e delle gambe; essa può essere conficente o disseminata, e simula la roscola, la scarlattina, l'orticaria; in alcuni casi si presenta sotto la forma di piccole pustole. L'erusione dura raramente più di 2-4 giorni , sensa dar luogo a desquamazione nè ad eliminazione forforaces.

La diagnosi di questa forma è facile e la pro-

gnosi è sempre benigna.

Naila cura bisegna, ansitutto, pulire il tubo digerente mediante un purgante e sottomettere gli ammalati ad un regime lattes rigoroso. Si amministrano all'interno il bensonaftolo ed il betolo alla dose di gr. 1,50 al giorno, e si fanno due entercolismi al giorno con acqua semplice bollita e raffreddata o con acque naftolata (25 centigr. per litro). Nel casi più gravi, lezioni fredde o bagui freddi o leggermente riscaldati e rivulsivi contro i fenomeni toracici intensi. All'alimentazione ordinaria bisogna passare gradatamente (Gas-tts des Hôpitauce, nn. 141-142, decembre 1896).

Scapliosi

Florencia. — Quando o ostre bisegna praticare la perigeorrafis depe il parte.

Dopo un'applicazione di forcipe al distretto superiore nelle primipare, il perineo, ordinariamente, si squarcia.

In questo caso, quando conviene fare la peri Beorrafia?

Questo argomento è stato assai dibattuto.

Molti si sono opposti alla sutura immediata dal perineo per le contusioni delle parti, per lo scolo dei lochi, per la spossatenza della Duerpers.

Tutti questi argomenti oggi hanno poco valote, tranne il caso di un rilevantissimo abbatti-

mento dell'inferma,

La maggior parte dei ginecologi preferisce l'intarvento immediato, che ha il vantaggio di impedire un'operazione ulteriore, spesso vista male dalle famiglie, e che chiude la porta alle inferioni.

Il procedimento sarà la sutura a sopragetto, a piani acvrapposti , con fili di catgut , seguendo il processo di Dolèrie, prefittando della brita asturalmente sanguinante, e tenendo conto di ristabilire la continuità delle parti, com'erano prima del parto.

I fili di catgut si riassorbiranno da loro stessi, tanendo l'inferma con le gambe ravvicinate per 🗪 quindicina di giorni e lavando la ferita con

soluzioni antisettiche.

Schwartz, Nelaton e Périer hanno avoto amble buoni risultati con la sutura tardiva, ma [to in una posione di 120 grammi.

lo evantaggio si è di aspettare tre mesi dopo lo sgravo per intervenire.

Gli strumenti da adoperarsi la questi casi sono (beninteso previamente steriliszati); un ago con manico a grande curvatura, detto ago d'Emmet; quattro pinzette lunghe destinate a distenders la parete vaginale posteriore; un bisturi: oualche pinzetta da emostasia; un paio di forbici rette; fili di argento e catgut,

I processi operativi sono numerosissimi, a l'an-

tore preferisce di non descriverli,

Egli però raccomenda quello di Lawson-Tait.

Dopo l'operazione, raccomanda l'applicazione di un catetere a permanenza nella vescica per incanalare le urine svitando così d'imbrattare la medicatura , che consiste in un denso strate di garsa al jodoformio (Journal des Praticient, n. 51, decembre 1896).

Vaians

Comby. — L'arsenice in pediatria.

L'autore stabilisce le indicazioni e le controindicazioni di questo rimedio che bisogna sempre adoperare con prudensa, quantunque i fansiulli lo tolierino meglio che gli adulti. Baramente prescritto prima dell'età di due o tre anni, è tuttavia somministrato al lattanti i quali sono affetti d'asma, da tubercolosi polmonare, da leucemia , o da impaludiamo cronico ereditario od acquistto.

Nella seconda infanzia le indicazioni diventano più numerose. Figurano anzitutto le melattie generali infettive o distesiche, fra cui occupa il

primo posto la tubercolosi.

In questa malattia l'arsenico stimola l'appetito, favorisce la nutrizione ed è sopratutto indicato nelle forme croniche.

La serciola, le adenopatie creniche, i catarri scrofolosi delle prime vie respiratorie, gli eccemi cronici, certe manifestazioni artritiche, sono favorevolmente influenzate dall'arsenico.

È stato consigliato pure l'arsenico nelle differenti nevrosi : epilessia , isteria , corea , e nelle manifestazioni cutanes ed è copratutto indicato a combattere gli aczemi torpidi degli serofelesi, il lichene, la peoriasi, la furuncolosi, l'acne, ecc.

Le controindicasioni sono poche, ma ben nette. Non si dovra somministrare l'arsenite sei casi di nefrite, d'albuminaria, di dispeputa gastro-intestinale (diarrea, vomito) come pure nelle malattre infettive acute ad andamento ciclico,

Accumulandosi l'arsenico in alcuni visceri, bisogna aver cura di sospenderlo per 8-10 giorni dopo 15 giorni che si è adoperato; e poichè riesce irritante per la mucosa, occorre dilairlo in un veicolo abbondante.

I preparati arsenicali, comunemente adoperati nel bambini, sono i seguenti:

il liquore del Fowler: contiene 1 centigr. di acido arsenioso per un grammo o 20 gocce, ossia 1₁2 mgr. per goccia.

Si somministra nella seconda infansia alla dose progressiva di 5 a 20 gocce al giorno, diluiPuò anche somministrarsi per iniezione sottocutanea.

Il liquido di Pearson a base d'arsenito di sodio, si prescrive a grammi.

L'autore propone la seguente formula: Arsenito di sodio centigr. 5

Arsenito di sodio centigr. 5
Acqua distillata gr. 250
un cucchiaio da caffè contiene 1 mgr. d'acido
arsenioso: se ne somministrano da 2 a 10 cucchiai al giorno secondo le indicazioni.

Il liquore di Boudin è una soluzione d'acido

arsenioso molto diluito (1 per 1000).

È preferito nella corea dei bambini e si somministra cominciando da 10 grammi in una posione di 100-120 grammi, aumentando progressivamente la dose fino a 40 grammi al giorno.

I granuli arsenicali riescono bene allo scopo, nella terapia infantile. Possiamo scegliere i granuli di Dioscoride, i quali contengono 1 mgr. d'acido arsenicso: se ne somministrano 8, 4 o 5 ogni giorno nei casi di dispnea, bronchite persistente, asma. L'arseniato di ferro in granuli di un milligrammo può prescriversi a dose più elevata fino a 10-15 granuli al giorno.

L'arsenice è un rimedio molto ben tollerato dai bambini, ma a dosi troppo forti e per lungo tempo continuate, determina dei disturbi digestivi che possono essere abbastauza gravi. Questi accidenti d'avvelenamento cronico, si osservano soltanto nei casi in cui si è trascurato di sospendere l'amministrazione del rimedio per evitare il suo accumulo nell'organismo.

L'avvelenamento acute si manifesta con dolori

epigastrici, vomito, diarrea, ecc.

In simili casi, eltrechè procurare il vomito e procedere al lavacro dello stomaco, occorre somministrare il sesquiossido di ferro idrato in polvere od in quantità piuttosto rilevante, nell'acqua calda.

Ovvero si somministrerà della magnesia calcinata ad un miscuglio così composto:

Magnesia calcinata gr. 12
Solfato di ferro 80

Acqua > 200 un cucebiaio ogni quarto d'ora (Bulletin de Thè rapeutique, 15 decembre 1896).

Bentivegna

Bérard. — Sull'actinomicosi della porzione copradiaframmatica del tubo digestivo

La localizzazione dell'actinomicosi nella lingua e nel condotto faringo-esofageo è molto rara: Bonnet ha potuto riunire cinque osservazioni di actinomicosi linguale umana e Garde sei osservazioni di infezione faringo-esofagea, delle quali quattro primitive e due secondarie a lesioni delle parti molli vicine. Questa rarità si può spiegare col breve soggiorno degli alimenti negli organi in questione o forse d'altra parte i microbi preesistenti nella cavità boccale hanno l'ufficio di agenti protettivi. In quasi tutti i casi osservati si è potuto trovare la porta d'entrata del parasita in antiche erosioni, ovvero in erosioni recenti dovute ad un corpo resistente o angoloso. Inoltre l'origine ve-

getale del contagio sembra essere la regola abituale.

Sulla lingua le lesioni hanno una localissasione varia, ma a preferensa sulla punta, sui margini e sulla faccia dorsale; in tre dei casi di Bonnet e negli animali, l'affesione si manifestò con tume-fazione e nodosità dure, ricoperte da mucosa sana. All'esame microscopico d'una di queste nodosità si trovò un ammasso di parasiti inclusi nel centro di un nodulo, fibroso alla periferia e nel centro costituito di fibre muscolari in degenerazione gronulc-vitrea, e nella parte ancora più centrale e più vicina al sumulo dei micelì di grosse cellule mal colorate, uninucleari, simili a globuli bianchi. Tanto la forma nodulare che quella ulcerosa tendono alla formazione di ascessi.

Nell'esofago le lesioni di preferenza hanno sede nella metà superiore: in generale esse sono poco estese e assumono la forma ulcerosa. Da questo punto il parasita invade gli organi vicini, s'insinua nel tessuto cellulare e guadagna così il mediastino, l'apparecchio cardio-polmonare e lo scheletro toracioo.

Mentre che l'actinomicosi linguale resta ordinariamente localizzata, quella esofagea ha grande tendenza alla diffusione.

I sintomi subiettivi o funzionali sono molto variabili. I noduli micosici della lingua possono restare indolenti come quelli della lingua sclerogommosa sifilitica, mentre in altri casi possono portare dolori fortissimi.

Quando la faringe è invasa allora si possono constatare i segni di un'inflammazione acuta: così certe forme di angina del Ludwig riconoscono questa

origine micosica.

Quando il punto di partenza è stato nettamente esofageo, i disturbi funzionali non sono più tipici: l'ammalato non comincia ad avvertire la disfagia dolorosa se non allora quando questa è prodotta da una causa meccanica, come lo strozzamento dell' esofago per l' infiltrazione del mediastino e la compressione dallo stesso per una raccolta vicina.

L'esplorazione col catetere fornirà dei dati relativi solo alla sede della stenosi.

La diagnosi poi si renderà completa con i' esame dei granuli gialli. Finchè il parasita non potrà essere constatato non si deve mai essere sicuri, tanto più che i sintomi possono esser comuni all'actinomicosi e al cancro, alla tubercolosi e alla sifilide della lingua e al cancro dell'esofago.

La pragnosi é grave per le complicazioni della localizzazione primaria e perchè nell'actinomicosi intratoracica l'intervento chirurgico è impossibile. Alla lingua è facile escidere o cauterizzare le ulcerazioni, e aprire e modificare i noduli intra-muscolari col raschiamento o cogli agenti fisici o chimici (cauterio, cloruro di zinco, nitrato d'argento, jodoformio, etc). Nell'esofago, invece, tali manovre sono impossibili, e non c'è che la sola risorsa dell'incisiene e della evacuazione delle raccolte che pretrudono verso l'esterno (Le bulletin mèdical, n. 99, 1896).

L v. Maximowitack. — Sui metedi terapeutisi zell'use del mattele a e dei preparati di cressete,

L'autore richiams l'attensione su certe formule in cui viene comministrato il naftolo α . Questo preparato che è da preferirsi al naftolo β , è tre velte meno tossico di quest'ultimo ed ha azione antisettica tre volte maggiore.

Una delle migliori fermule, in cui il naftolo a viene somministrato per la disinfesione del tubo gaetro-enterico, è quella in cui seco è sciolto nell'olio di ricini;

Naftolo a gr. 8.0
Citoroformio > 0,30
Olio di menta piperita > 0,10

Olio di ricini q. b. a fare 100 gr. di liquido 1-2 cuechiai da tavola in una volta; al bambini dell'età di 3-10 anni a cuechiai da thè.

Mei colera l'autore raccomanda la seguente formula :

Naftolo a gr. 6.9
Clioroformio 2,0
Olio di menta piperita 50,20
Otio di ricini q. b. a fare 100 gr. di liquido

1-4 succhisi da tavola al giorno.

Nell'artritismo, gotta, ossaluria, diatesi urica, cirrosi epatica, in cui è indicata una antisepsi temporanea o continua del tubo gastro-enterico con contemporanea evacuasione, somministra il naftolo a nella seguente formula:

Maftolo & gr. 0,80

Estratto di alos > 0,080

Estratto di belladonna > 0,010

Radice di rabarbaro poiv. > 0,05

Tintura di cannella gocce 2 comprimi e fa tavolette; 1-2 tavolette, 2-8 volte

al giorno.

Nel tifo addominale nell'influenza, roscola, valucio o scarlattina, l'autore si avvale della seguente

formula:

Naftolo α gr. 0.25

Fenacetina > 0,15

Radics di rabarbaro polv. > 0,05

Tintura di cannella gocce 2

comprimi e fa tavolette; 1-2 tavolette 6 volte al

giorno, od ogni 2 ore.

Nei casi gravi di tifo addominale prescrive il nattolo in forma di polvere, incominciando dalla dose di gr. 8,0 al giorno ed aumentando gradatamente sine a raggiungere la dose giornaliera di gr. 6-8.

Raftolo α gr. 0,50
Fenacetina > 0,40
Bromidrato di chinina > 0,10
Radice di rabarbaro polv. > 0,05.
Ripeti di tala dose n. 20 capsule amilacee; 6

capsule al giorno,

Esternamente è giovato nell'erisipela in solusione nell'olio di oliva all'1 0,0, sulla pelle, nel vaiuolo a nella scarlattina (gr. 0,10-0,80 di naftolo a su gr. 100 di olio di olive).

La miglior formula da impiegare per il creosoto specialmente nell'autunno nell'inverno e nella primavera, è la seguente:

Orecesto di faggio o guajaccio gr. 10,0 Naftolo g. s. 8,0-5,0

un succhiaio da tavola due volte al giorno Se si vogliono dare delle piliole, l'autore consiglia quest' altra formula :

Creosoto di faggio o guajacolo grm. 10,00
Jodoformio > 1,25
Olio di eucalyptus > 5,60
Acido arsenioso 0,005-0,10
Nitrato di stricnina > 0,05
Estratto di belladonna > 0,50
Estratto e polvere di gensiana q. b.

per fare n. 100 pillole, 10-20 pillole al giorno. Dà inoltre l'autore le seguenti formule per le

varia somministrazioni dei crececto:
Crececto di faggio grm. 2

Olio di fegato di merlumo od
Olio di mandorle dolci 25,0-40,00
Giallo d'uovo n. 1-4
Muciliagine di gomma arabica grm. 1
Tintura semplice d'oppio goose 3-10
Acqua calda (300-87° C.) grm. 125;250

m. f. emulsione. Per clistere.
Creosoto di faggio grm. 0,50
Estratto di oppio > 0,015
Estratto di beliadonna grm. 0,01
Burro di cacao > 5,00

m. e f. suppositori. 2-4 al giorno.

Dopo un lungo uso di naftolo a e dei preparati di creosoto, alcuni antori consigliano di dare di tanto in tanto ed a piccole dosi agli ammalati, solfati alcalini in forma di acqua di Francesco Giuseppe, di Hunya, di Janos, di Marien bad, Karisbad, ecc., ma l'autore ha visto, che anche senza l'oso di queste acque, gli ammalat sopportano bene le dosi elevatedel rimedio in parola e di creosoto (Deutsches Archiv für klinische Medicisa, 57 Bd., 3-4 Hft., 1896).

Beagliosi

ELETTROTERAPIA

Denis Courtade. — Oura elettries dei miemifibromi e fibremismi dell' utere.

La cura elettrica dei fibromi dell'utero comprendeve e metodi.

1° La puntura voltaica, che si fa informando mel tumore, sia per la via addominale, cia per la via della vagina, degli aghi che servono a condurre l'elettricità.

Le correnti che si adoperano sono intense, però l'utilità di esse, non è dovuta agli effetti fisiologici della corrente elettrica, ma agli effetti chimici.

Il metodo è dannosissimo nelle mani inesperte e quindi l'autore non se ne occupa;

2º Elettrissasione intrauterina con forte cor-

Questo metodo, applicato da A p o s t o l i, consiste nell'introdurre nella cavità uterina un elettrode di platino, e nel far passare una corrente potente da oltrepassare in certi casi 200 milliamper.

Questo metodo richiede un'antisepsi rigorosis-

sime, a quindi non può essere adoperato da un medica che non sia molto esperto nel tecnicismo elettrico:

8º Elettricità intravaginale con media intensità di corrente.

Questo metodo è meno pericoloso, e facile; l'infermo dopo la corrente può accudire alle proprie faccende.

Gli strumenti che si adoperano sono:

Un apparecchio di indusione con filo fino; apparecchio a corrente continua con 24 elementi; un elettrode in carbone lungo 2 centimetri è del diametro di 1,2 centimetro, montato su di una bacchetta isolante; un elettrode di 8 centimetri su 10 ricoperto di pelle.

L'ammalata si fa giacere in decubito dorsale, si mette sull'addome la grande piastra bagnata in acqua salata, s'introduce l'elettrode di carbone, precedentemente bollito, in vagina a livello del collo uterino.

In allora, si fa passare per 5 minuti una corrente faradica d'intensità sopportabile a rapide interruzioni.

Si fa passare poi la corrente continua nel seguente modo: Usare onde elettriche che non oltrepassino 60 milliamp., le quali debbono essere ora positive ora negative e della durata di un secondo circa.

L'intensità deve essere meno forte, quando si interrompe, perchè l'interruzione suol riusoire dolorosa.

Infine, l'intensità deve essere subordinata alla sensibilità dell'ammalata; e in certi casi l'intensità massima delle onde elettriche, può arrivare ad 80 e anche 100 milliampres.

Per l'interruzione non bisogna oltrepassare i 80 o i 40 milliamperes.

Insomma, si deve incominciare la cura con una corrente debole, si aumenta gradatamente fino a quando l'ammalata la tollera.

L'età della inferma ha una grande importanza. Se è giovane, con grosso tumore fibroso, è preferibile l'intervento chirurgico; se al contrario ha raggiunto l'età della menopausa, allora l'operazione si fa in condizione non molto favorevole per l'inferma, ed è preferibile la elettricità, la quale eserciterà una influenza benefica, si per l'emorragia dell'utero, come per il fibroma.

Biassumendo, l'elettricità è sopratutto indicata per le donne, che hanno oltrepassato i 40 anni, per quelle ove il fibroma ha alterato lo stato generale per le emorragie e pei dolori, e per quelle, infine, affette da piccoli fibromi che determinano dei fenomeni congestivi intensi; allora l'elettricità dà baonissimi risultati e può arrestare la eviluppo del mioma (Journal des pratizione, n. 51, 1896). Vaiana

FORMULARIO

li guaiacolo per inlozione ipodermica

Il guaiscolo ordinario del commercio è un liquido incoloro e consta della riunione di diversi fenoli. Il guaissolo cristallizzato o sintetico è solido, bianco,

cristalliszato in grossi prismi: è chiamato anche guaiacolo α e i è solübile in 60 parti d'acqua, nell'alegol nel cloroformio, nell'etere, negli olt grassi. Per uso ipodermico bisogna adoperare il guaiacolo α, in solusione oleosa.

Nella tubercolosi polmonare ha dato affetti favorevoli. È stato adoperato da Picot, Pignol, ecc., e in Italia dal prot. Bummo.

Ecco quali sono i suoi effetti terapeutici:

1º Al lº periodo (infiltrazione) il guaiacolo inicttato ogni 2 o 8 giorni alla dose di 40 a 50 etgr. in 10 ec. di olio sterilizzato, fa diminuire rapidamente la tosse, facilita l'espettorazione, solleva la nutrizione generale. Le sole controindicazioni sono l'emottizi, una dispuea eccessiva, una febbre elevata;

2º Nel periodo di fusione quando vi è apiressia o l'elevazione termica non sorpassa di un grado di temperatura normale, alla dose di 60 centgr. ad 1 gr. ogni giorno, diminuisce la quantità dell'espettorato lo fluidifica, sopprime il sudore notturno, porta allo stato normale. Il miglioramento è più sensibile verso la fine della 1ª quindicina dal principio della cura. Se la temperatura raggiunge o sorpassa i 89º è controindicato;

8º Nel periodo delle caverne, il guaiacolo facilità la eliminazione dei prodotti tubercolari, combatte la fetidità dell'alito, e può anche in qualche caso faverevole, favorire la cicatrizzazione degli elementi.

La dose in que to periodo deve essere graduale; così bisogna cominciare da 5-10 etgr. al giorno e a poco a poco arrivare sino ad 80 etgr. o 1 gr.; l'eliminazione del guaiacole in una superficie polmonare insufficiente ed iperemica può portare delle forti congestioni ed emottisi.

Come controindicasione bisogna segnalare l'albuminuria e la coesistenza di lesioni valvulari gravi.

Eff tti immediati dell'iniesione :

l'iniezione di guaiacolo non produce dolore, ma solo una sensazione di tensione che può essere anche evitata spingendo lentamente l'iniezione.

Effetti lontani: L'oleato di guaiacolo si riassorbe facilmente e rapidamente. La temperagura del corpo si abbassa di 5_[10 di grado circa durante l'ora che segue all'iniezione.

Il guaiacolo si elimina per la superficie polmonare e per i reni: il malato lo sente qualche minuto sino a 1/2 ora al più dopo l'iniezione.

Dose usuale.—Nei bambini: da 1 a 5 anni 5 ctgr., per iniezione ogni giorno: da 5 a 10 anni sino a 25 centigramui.

Nell'adulto: aino a 1 gr. e gr. 1,20. Formule:

Guaiacolo sintetico gr. 8

Olio di olive neutro sterilizzato cc. 100

5 a 10 cc.

Guaiscolo sintetico gr- 1

Olio di mandorle dolci sterilizzato > 10

1 a 2 cc. come analgesico (Ganette hebdomomadeira de mèdecine et de Chirurgie, n. 100, 1896).

Mirto

Redattore responsabile: Dott: HUGO NAC CIARONE

Tipografia della Biferma Medica

Sommano. — 1. Riviste sintetiche. Le capsule surrenali in biologia. — 2. Lavori originali. R. Clinica
chirurgica operativa dell' Università di Padova, diretta dal prof. R. Bassini. Un caso di emorragia
intradurale. Cranictomia s preposta di un nuovo
metodo per la ricerca del solco del Rolando, pel
dott. Rodol fo Penso, assistente.—8. Società scitificha. — 4. Nostre corrispondense dagli Stati Uniti
d'America. — 5. Notinie. — 6. Consulense legale.

RIVISTE SINTETICHE

Le capsule surrenali in biologia.

Malgrado gli innumerevoli lavori, che, da molto tempo cono stati fatti intorno alle capsule surrenali, purnondimeno le nostre conoscense positiva
sulla struttura e sulla funcione di questi organi,
rimentalina appena ad alcuni anni, all'epoca, cioè,
in cui Brown-Séquard, Tissoni, Stilling, Abelous e Langlois, Charrin, coc.,
pubblicarono le loro ricerche su questo argomento.

Nel corso del secolo passato, furone emesse sul rigeardo opizioni le più ipotetiche e le più disparate; menza esagerazione, si può dire che quasi tette le funzioni siane atate attribuite a queste capsule.

Certamente la poca conoscenza della funziona di questi organi era dovuta alla completa ignomesa della loro struttura.

In meso al caos delle diverse teorie, più o meno infendate, sorse un rigoroso osservatore, il Bishat, il quale, fedele al metodo anatomico, non mitò a levarsi energicamente contro la mania di attribuire a quegli organi, funsioni, le quali non fossero basate su alsun fondamento anatomico.

Tuttavia bisogna ancora aspettare un messo secio, prima che A d d i s o n (1855) svelasse l'importansa fonzionale delle capsule surrenali.

Ma la storia fisiologica di questi organi data dalla esperienza capitale, fatta dal Brown-Séquard, nel 1856. Si debbeno a questo illustre fisiologo le prime ricerche esatte sul riguardo e la concecunza del fatto che le capsule surrenali sono degli organi indispensabili alla conservazione della vita,

Brown-Séquard esservo, infatti, che l'estirpasione di queste capsule, negli animali, è seguita invariabilmente da morte.

Tali consignoni farono vivamente combattate da Gratiolet, Philipeaux e Martin-

Mayron, che attribuivano soltanto all'intervento operatorio l'esito letale dell'estirpazione delle capsule.

So hiff riprese tale questione ed ottenne risultati contraria quelli di Brown-Séquard; eg'i credette di poter conchiudere, dalle sue esperiense, che quegli organi non hanno un ufficio importante nella economia animale.

A combattere la teoria del Brown-Séquard venne anche l'Harley, il quale poté conservare in vita delle cavie e dei ratti, a cui erano state estirpate le due capsule.

Al contrario, il Nothnagel, ripetando queste ricerche, ebbe risultati analoghi a qualli del Brown-Séquard.

Questi rispose a tutte le critiche con auove ricerche, continuando ad insistere nelle sue idea.

Nel 1889 il Tiasoni pubblicò sul riguardo una iunga memoria, importante per il grande numero di esperienze e per i risultati ottenuti.

Egli distrusse le capsule surrenali in un numero considerevole di animali (54) e constatò che l'ablazione completa di questi organi è seguita invariabilmente da morte, più o meno rapidamente, e che, allorquando questa avviene dopo un certo tempo, possono comparire i fenomeni addisoniani.

· Ineistatte molto, inoltre, sull'importanza dei fdomeni nervosi conscentivi all'estispazione completa di queste cappule,;

· Secondo questo antere, infetti, le capsule surdenali debbono essera considerate come organi, i quali sono in scretta connessione col sistema simpatico; praticando l'esame istologico degli animali operati, ha potuto constatare alterazioni del cervello, del cervelletto del midollo e dei nerei periferioi; inoltre ha caservato che le lesioni consecutive del simpatico sono sempre accompagnate da congestione, da disordini nella circolazione linfatica e da emorragia,

Il Tisson i non esita a paragonare i sintomi decervati nei conigli decapsulati, alla sindrome dinica del morbo di Addison.

Malgrado l'importanza di queste ricesche, esse non spiegano in alcun modo la funzione delle capsule surrenali.

Lo Stilling fece pure degli caperimenti aul proposito.

Egli, a mostrare sempre più l'importanza funsionale di tali organi, estirpò in alcuni animali una sola capsula, e sacrificato, dopo un certo tempo, l'animale, ossergò ene la capsula rimesta gi era ipertrofissata.

Questo fatto certamente mostra che nell'econo-

mia animale è necessaria la fansione delle capsule surrenali.

A provare anche questa veduta, si è portato la prova embriologica; ed in vero si è osservato che queste capsule provengono dall' epitelio germinale del celoma.

Esse hanno quindi ia stessa origine delle ghiandole genitali; appunto per ciò in certi animali, come nei sauropodi, si trovano molto vicine ai testicoli ed all'ovais.

Stabilito che le capsule surrenali debbano avere una certa importanza funsionale, gli autori hanno insistito a conoscere in che consistenze la loro funzione.

Abelous e Langlois osservarono che gli accidenti funesti, che si producono negli animali in seguito all'estirpazione delle capsule surre nali possono essere evitati o ritardati cor l'insersione sottocutanea di capsule o con la iniesione di estratti acquosi.

D'altro canto, videro che l'iniezione intravence, acttocutanea, di sangue tolto da una rana, mentre stava per morire, in seguito alla distruzione delle due capsule, provoca rapidamente la paralisi e poi la morte.

Da questi fatti conchiusero che le capsule surrenali sono delle ghiandole vascolari sangui-gne, la cui importansa è manifesta; esse sono degli organi che hanuo l'nfficio di elaborare delle gestanze fabbricate, senza dubbio, nel corso della fatica muscolare, le quali si accumulano nell'organismo dopo la distruzione delle capsule surrenali.

Pellacani e Foa, Alexander Marino-Zuco, Dutto, Guarnoceri, Oliver a Schäfer, Gourfein, Symonovicz e Cybulsky, ammettono pure che questi organi contengano delle sostanze tossiche, avendo ottenute negli animali, in cui erano stati iniettati estratti vari di capsule surrenali, degli effetti dannosi.

Recentemente il D u b ci s, colpito della variabilità di asione degli estratti capsulari, ottenuti con uno stesso processo, ha tentato di determinare la causa di queste variazioni.

Egli crede, basandosi, sulle sue numerose esperienze, che le capsule surrenali siano prima di tutto delle ghiandole antitossiche, invaricate a neutralizzare i prodotti formantisi in seguito al lavoro muscolare e forse anche quelli provenienti dall' attività funzionale degli elementi nervosi; ritiene inoltre, che, accanto ad una sostanza antitossica

iavente questa funzione, esistano degli elementtossici.

Oltre di questi fatti, ve ne cono altri, i quali provano, in certo qual modo, che le capsule surrenali hanno una funzione antitoscion.

Osi Roger e Gilbert, Charrin e Langlois hanno mostrato che, in un gran numero di infesioni cliniche e sperimentali, le capsule surrenali sono la sede di una ipertrofia manifesta

Se però la funzione di questi organi è in parte conosciuta, lo stesso non può dirsi della loro mor fologia.

Infatti, quantunque da tutti gli autori sia stata ammessa la loro natura ghiandolare, purnondimeno le conoscense istologiche non sono d'accordo con tale veduta.

Ed invero, ne nell'uome, ne negli altri mammiferi, è stato possibile dimostrare la struttura ghiandolare in questi organi.

Il Pettit, recentemente (La Presse mèdicale, 16 decembre 1896) si è proposto di dimostrare anatomicamente questa natura ghiandolare, di trovare, cioè, le prove istologiche delle funzioni, scoverte dai fisiologi.

Egli avendo osservato che nei mammiferi, lo esame istologico non portava ad alcuna esatta conclusione, ha fatto le sue ricerche nei Teleostei, in cui ha trovato una disposizione del tutto favorevole all'esame.

Egli ha visto che nell'anguilla, specialmente, la ghiandola surrenale è intieramente costituita da una serie di cilindri cavi, limitati da tessuto connettivo; negli intervalli esistenti fra questi ultimi si trovano numerosi vasi. Tutta la ghiandola, infine, è rivestita da una capsula connettivale resistente.

Cascun cilindro è tappessato alla superficie interna da un epitelio, limitante una cavità centrale le sue cellule, allo stato normale, sono ripartite quasi uniformemente su di una sola linea; sono in media di una altessa di 15 20 µ e possiedono un nucleo, bene sviluppato, che racchiude un nucleo voluminoso.

Nei tagli, ha constatato che alcuni di quest elementi subiscono un'evoluzione particolare; il loro protoplasma si accrasce, diviene più chiaro e fa prominenza nella cavità del cilindro; infine la cellula intiera (nucleo e protoplasma) cade nella cavità centrale. Alcuni di questi cilindri possono essere riempiti di una magma amorfa, con nuclei sparsi, nei vari stadi di regressione.

In una parola, secondo il Pettit, la cellula

del cilindro surrenale subisce un'evoluzione, che termina con la formazione di prodotti, i quali si accumulano nella cavità centrale.

Per mostrare la realtà di questi processi, il Pettit ha ripetuto sull'anguilla l'esperienza, fatta la prima volta sul coniglio da Stilling.

Sa parecchi di questi pesci, ha estirpato una salle capsule surrenali, ha sacrificato, alcune settimane dopo, gli animali, ed ha studiato al microscopio le capsule rimaste.

Ha potuto allora osservare le seguenti modificazioni : i vasi, che circondavano i cilindri, avevano subito un aumento notevole di volume nella proporzione, in media, di uno a quattro, qualche volta anche, in una proporzione senzibilmente superiere. I cilindri surrenali presentavano nel tagli, in luogo di un solo strato di cellule, almeno due ed alcune volta tre; queste cellule, inoltre, avevano un altessa quasi doppia della normale.

Esistevano inoltre numerose cellule, prospicienti zel lume dei cilindri.

I prodotti elaborati, infine, subivano una regressione più rapida di quella che si aveva allo stato normale.

Dall'assieme di questi fatti, egli ha potnto conchiudere, d'accordo con lo Stilling, ma in un medo ancora più preciso, che, in seguito all'estirpatione di una capsula surrenale, l'altra capsula subisce un'ipertrofiai, la quale può dirsi compessatrice, funzionale, perchè è prodotta da un accrescimento cellulare anormale e da una attività fisiologica maggiore.

Per indagare ancora meglio la funsione di tali capcule, quest'autore ha osservato le modificazicai, che esse subiscono in seguito all'inicalone di sottanze microbiche.

Egli ha sperimentato nelle cavie e nelle anguile s per provocare in esse delle infexioni, si è servito delle tossine difteriche.

Nelle preparazioni, colorate col metodo di Bénda, di capsule surrenali di cavie, trattate in queste modo, egli ha potuto osservare le seguenti alterazioni:

esistevano alcuni isolotti cellulari, debolmente colorati in rosso dalla safranina, i quali convergevano in laghi sanguigni occupanti la maggior parte del campo del microscopio.

I cilindri corticali erano profondamente alterati, la loro capsula connettiva rotta in molti pessi, si constatavano inoltre importanti emorragie.

La maggior parte della cellule erano modificate, il loro citoplasma era granuloso e non presentava limiti distinti. I nuclei, infine, offrivano tutti i segni della degenerazione.

Nelle anguille, intossicate in questo modo, oltre di questi fatti, trovò negli elementi cellulari delle alterazioni molto più importanti.

Esse, infatti, erano ridotte a piccole masse di protoplasma, applicate contro il reticcio connettivo, interposto tra i cilindri.

Il centro inoltre dei cilindri era occupato da masse floccose, la cui quantità era superiore a quella riscontrata in tutte le condisioni naturali o sperimentali.

Queste alterazioni, secondo l'autore citato, seno una prova della teoria di C h arrine L anglois, la quale, ammettendo un'asione elettiva delle tossine sulle capsule surrenali, attribuisce a queste un potere antitossico.

Greco

LAVORI ORIGINALI

B. CLINICA CHRURGIOA OPERATIVA DELL' UNIVERSITÀ ME PADOVA, DIRETTA DAL PROF. E. BASSIEL.—UN CASO DI EMORRAGIA TRAUMATICA INTRA-DURALE; CRANIOTOMIA E PROPOSTA DI UN NUOVO METODO PER LA RICERCA DEL SOLCO DEL ROLANDO, pel dott Rodolfo Perso, assistente.

Bordin Emilio, di anni 14, da Bertipaglia, il 14 gennaio u. s., sbalsato da cavallo, cadde battendo la regione parieto temporale sinistra contro il terreno agghiacciato. Venne trasportato a casa incosciente.

Il dott. Tona chiamato d'urgenza, visitò il ragazzo mess'ora dopo la caduta e molto gentilmente mi forni i seguenti cenni anamnestici, raccolti nei 6 giorni successivi, durante i quali l'ebbe in cura.

Il giovanetto che prima dell'accidente godette sempre di buona salute, aveva già riacquistato la coscienza e rispondeva bene alle domande del medico. Alla regione parieto-temporale sinistra, presentava una tumetazione pastosa, senza soluzione di continuo nei tegumenti. Le pupille normali reagivano egualmente bene; motilità integra; leggiera diminuzione della sensibilità agli arti di destra. Ebbe una volta vomito, ed accusava cefalea.

Nel 2º giorno, cefalea persistente; rispondeva però bene alle domande, prendeva cibo da solo e potè anche lasciare il letto e scendere da solo una scala. Complessivamente parve migliorare.

Nel 8º giorno, le atense condisioni.

Verso la fine del 4º giorno: si manifestarono accessi convulsivi (10 in 8 ore) agli arti di destra, seguiti da un periodo di calma, nel quale si ebbe solo a rilevare una crescente difficoltà nell'articolare le parole; poi, a poco a poco divenne soporoso e incominciarono a manifestarsi segni di paresi agli arti di destra e metà corrispondente della faccia. La pupilla sinistra maggiormente dilatata non reagiva; polso da 50-60 per 1'.

Verso la fine del 5º giorno ricomparvero gli accessi convulsivi agli arti di destra, accessi che andarono facendosi sempre più frequenti, mentre si accentuavano i segni di emiplegia destra.

In 6ª giornata, aggravandosi sempre più lo stato del pasiente, venne d'urgenza trasportato in Clinica.

**tosto gracile, giace supino; abbandonato, comatoso; respirazione lenta (20)/ stertorosa; polso teso (40.50); temperatura 88°. Chiamato ripetutamente, non risponde, ne da segno d'intendere.

Alla regione parieto-temporale sinistra esiste una grossa tumefasione ricoperta dai tegumenti sani, che alla palpasione lascia riconoscere un cercine duro, consistente, ed un centro molle, teso, elastico, fluttuante, e che si caratterissa, sensa altro, per un ematoma sottocutaneo.

La fisionomia della metà destra della faccia è cadente in confronto della metà sinistra. La pupilla sinistra fortemente dilatata, non reagisce che pochissimo alla luce. Negativo l'esame della base del cranio.

Paralisi completa dell'arto superiore destro, paresi dell'arto inferiore corrispondente. Sensibilità diminuita a destra, esagerati i riflessi profondi. Emette inconsciente le orine. Ad ogni 10:15 minuti è preso da eccessi epilettiformi di breve durata che iniziano con convulsioni limitate ai muscoli della metà destra della bocca e poi si estendono a quelli dell'arto, superiore ed inferiore corrispondenti, per finire generalizzandosi a tutto il corpo.

Venne omesso l'esame dell'urina per la difficoltà di raccoglierne in sufficiente quantità, stante la ristrettesza del tempo.

Diagnost. — L'anamnesi negativa antecedente al trauma, il periodo di lucidità (libero intervallo) seguito a questo, l'evoluzione dei sintomi che seguirono e che andarono accentuandosi anzichè diminuendo, lo stato comatoso, il polso lento, la respirazione lanta, startorosa, la dilatazione della pupilla corrispondente al lato della

desione, l'alterata motilità e sensibilità nella metà opposta del corpo, costituivano l'insieme dei sintomi diretti ed indiretti per stabilire con sufficiente probabilità, non ostante l'integrità apparente del cranio, la diagnosi di compressione cerebrale a sinistra, da versamento sanguigno, in seguito al trauma riportato.

La commezione e la contusione cerebrale, malgrado la presenza di convulsioni negli arti paralitici (Broca, Maubrach), dovevano escludersi senz' altro, sapendosi che gli accidenti ad esse dovuti sono massimi al momento della lesione e tendono a diminuire successivamente; e santo più nel nostro caso, dove dal momento del trauma alla comparsa dei fenomeni cerebrali, trascorse libero un intervallo di quasi 4 giorni.

La paralisi dell'arto superiore destro e la paresi della metà destra della faccia e dell'arto inferiore corrispondente, indicavano chiaramente che la zona motrice corticale, maggiormente e più direttamente compressa dallo stravaso, corrispondeva approssimativamente al terso medio della regione rolandica.

Inoltre, il fatto che in 8ª giornata, prima dei sintomi di paresi o paralisi, ed insieme alle prime manifestazioni d'irritazione corticale (convulsioni agli arti di destra), il medico curanțe ebbe diligentemente a rilevare una spiccata e progressiva difficoltă nell'articolazione della parola, lasciava supporre una maggiore restensione dello stravaso, e cioè in basso ed in avanti.

Si aggiunga che la respirazione stertoresa (paresi dei muscoli faringo-laringei) e la spiccata dilatazione della pupilla sinistra, costituivano un dato importante per ammettere compressione della base.

Restava però indeterminato se tale compressione doveva ritenersi come trasmessa da sangue versatosi all'esterno della dura madre e raccotto nella zona scollabile (G. M a r c h a n t) della stessa, oppure come diretta, ossia dovuta a sangue raccolto all'interno della dura madre. Secondo quest'ultima ipotesi, il versamento sanguigno avrebbe potuto occupare, per le condizioni anatemiche proprie dell'emorragia intradurale, una notevole estensione e dar così ragione dell'estesa sintomatologia presentata dal passiente.

Ma riguardo allo stabilire la sede dello stravaso all'esterno ed all'interno della dura madre, vista la mancanza di dati certi per una tale diagnosi differensiale, sempre difficilissima, ho creduto di tenere sospeso il giudizio, quantunque "la reflevante dunghema del libero intervallo, la lentessa ed il modo con cui si svolsero i sintomi che lo seguirono, insieme alla comparsa di convulsioni nelle parti colpite da paresi, e paralisi, mi facessero pensare più volentieri ad un versamento intradurale.

Il giudizio definitivo di certezza, riguardo a questo punto, venne rimandato a dopo l'intervento operativo, che per il progressivo aggravarsi del pasiente trovava in ogni caso la sua piena indicazione.

Operazione. — Assistito dai colleghi dottori Seabia e Pimpinelli, decisi di aprire, con una operazione di osteoclastica, il cranio, in corrispondenza del 1_[8] medio della regione rolon dica sinistra.

Narcosi cloroformica, medicazione antisettica. Fissato il punto corrispondente al 1/8 medio della scissura rolandica (1), con una incisione ad U arrovesciato, profonda fino alle cesa, viene scolpito un lembo a larga base, alto cm., 10 e largo 8 cm. circa. La porsione trasversale superiore dell'incisione, attraversa e vuota l'ematoma esistente nella regione parieto-temporale. Emostasia.

Retrattosi il lembo, lungo il margine dello stesso, dopo staccato il periestio, viene rapidamente scolpito con lo scalpello un lembo osseo che riesce della stessa forma, ma più piccolo di quello delle parti molli. Con due colpi di scalpello si fa saltare la base del lembo osseo che viene arrovesciato in basso insieme al lembo di parti molli al quale aderisce.

Si scopre la dura madre che non pulsa, ma sporge nella breccia praticata e lascia trasparire un colorito nerastro. Viene incisa anch'essa ad U arrovesciato, ad 1 cm. dal margine osseo, e subito fuoriesce liquido sanguinolento, frammisto a grumi di sangue.

La sona corticale scoperta corrisponde esattamente alla metà della regione rolandica.

Si tolgono i coaguli aderenti alla superficie cerebrale e con la tenaglia del Luer si dilata la breccia ossea, in basso, per meglio allontanare i coaguli che aderiscono alla parte bassa della regione rolandica, al piede della 3ª circonvoluzione frontale ed alla piega di passaggio frontoparietale inferiore, fin verso la porsione corrispondente della 1ª birconvoluzione temporale. In avanti e indistro dei punti ricordati non esistono caguli.

In corrispondensa nel 13 medio della circonvoluzione parietale ascendente, si lega una vena sanguinante della pia. Essendo la ferita per nulla sanguinante si passa alla sutura della dura madre. Fognatura al di fueri della stessa che si fa sortire a traverso la porzione posteriore e più bassa della breccia ossea. Sutura delle parti molli. Medicasione.

Decorso post-operatorio.

20 gennaio, sera. Respirazione lenta (23) ma calma; polso 112; temp. 36°,2. La pupilla sinistra è tornata allo stato normale. Chiamato da segno di comprendere, ma non risponde. Ebbe un solo ascesso epilettiforme di breve durata.

21. Nella notte ebbe 4 leggieri accessi convulsivi. Ha ripreso la coscienza e si sforza di rispondere alle domande, senza però riuscire ad articolare le parole. Invitato, sporge la lingua ed apre la bocca per prendere cibo. Emette volontariamente le orine (normali) e fecce. Migliorati i fenomeni paralitici. Respire normale; polso 110; temp. 36°,8.

22. Non ebbe più accessi. Persiste un progressivo miglioramento nei sintomi paralitici; riesce ad articolare qualche parola.

23. Si toglie il fognamento e si rimedica. Scomparsa la paresi del facciale e dell'arto inf. destro. Anche con l'arto sup. corrispondente riesce a fare piccoli movimenti. Articola meglio le parole. Sensibilità normale.

24. Persiste rapido miglioramento.

26. Id.

26. Id.

27. Scomparsi completamente i segni di paresi e paralisi; parla abbastanza bene.

28. Id.

29. Si tolgono le suture dalla ferita perfettamente riunita per prima intenzione. Medicazione protettiva leggiera.

80. Si alsa e cammina aiutato da un infermiere.

1 febbraio. Si sente bene e cammina con l'aiuto di un bastone; accusa ancora un pò di debolezza agli arti di destra; parla bene. Lascia la Clinica perfettamente guarito il giorno 8 febbraio.

Dopo 8 mesi ebbi a rivedere il giovanetto in ottime condizioni di salute. La cicatrice delle parti molli era lineare, appena riconoscibile e mobile sull'ossatura. Completamente chiuso il cranio, nessuna sporgenza ossea; un solco appena percettibile lasciava riconoscere alla palpazione il contorno del largo lembo osseo che aveva aderito in tutta la sua estensione.

⁽l) Questo punto venne stabilito con un nuovo metodo che si troverà descritto più avanti.

Visto lo scarso numero (1) di casi di emorragia traumatica intradurale raccolti nella lette ratura chirurgica, ho creduto utile la pubblicasione di queeto mio caso, nel quale si ripeterono chiari alcuni di quei sintomi che già vennero, con speciale frequenza, rilevati in casi consimili e che, secondo alcuni autori, nei casi di emorragia traumatica intracranica, avrebbero una certa importanza per differenziare clinicamente l'emorragia intradurale da quella extradurale.

Soltanto, dopo raccolto buon numero d'osservazioni, sarà possibile colmare con uno studio completo (2) sulle emorragie intradurali, la lacuna che la letteratura chirurgica tuttora presenta su questo argomento; ed è sperabile che allora la difficile diagnosi di queste lesioni più non si dirà, come oggi, impossibile (Broca-Maubrac (8).

L'esser riuscito a determinare, anche in questo caso, e con ottimo risultato, il decorso della scissura rolandica sul cranio rivestito delle parti molli, valendomi di un nuovo metodo, m' invita ad additarlo ai chirurgi, raccomandandosi esso per la sua grande semplicità e sufficiente esattessa. Questo metodo da me ripetutamente provato sul cadavere, lo vidi messo in pratica su parecchi ammalati dal Prof. Bassini mio amatissimo maestro, e sempre con buon risultato.

Il desideratum di poter stabilire con esattessa matematica sulla superficie del cranio rivestito delle parti molli, punti perfettamente corrispondenti ad altri del sottoposto encefalo, è cramai ritenuto cosa assurda dalla maggioranza degli anatomisti e chirurgi, sia per la diversa conformazione ed il diverso volume del cranio negli individui di diversa razza, sesso ed età, sia per la incostante disposizione dei salchi e circonvolusioni cerebrali.

Gli innumerevoli processi proposti da anatomisti e da chirurgi, sono la prova più evidente che si è ben lontani dall'aver raggiunto un tale desideratum.

Dalle numerose prove fatte sul cadavere per

(I) Ch. F. Schudder e Fred. B. Lund di Boston non ne raccolsero che 21 caso « Amer. Jour. of. Med Sc.; Philad. T. CiX., n. 4, aprile 1895 » W. Brion nel pubblicare (Dis operative Behandlung der intraduralen Blutungen traumatischen Ursprungs. Zang. Diss. Strassburg 1896) un caso di emorragia intradurale operate dal Ledderhose, raccolse dalla istteratura chirurgica altri 50 casi consimili.

(2) Le breve pubblicazione del D.r v. Brion, deve considerarsi come un primo e lodevole tentativo in questo indirizzo.

(8) Traité de Chirurgie cérébrale. Paris. Masson 1896, pag. 186.

ricereare il solco rolandico valendomi dei precessi più reputati (4), fossero essi semplici o complicati, mi persussi che nella gran maggioranza dei casi devesi rimediare, come dice il d'Antona « con larghissime breccie, scavate senza misericordia nel cran'o» all'inesattezza dei metodi proposti, inesattezza che, ripeto, trova spiegazione nell'incontanza della morfologia cranica ed encefalica.

Posta adunque l'impossibilità di trovare un metodo dotato di esattessa matematica, e vista l'imprescindibile necessità di ricorrere a brecce più o meno ampie, che del resto la moderna chirurgia dimostrò innocenti quanto le più piocole corone di trapano, parmi preferibile, per stabilire il decorso del solco centrale, il procedimento sottodescritto, il quale è facile, relativamente esatto, applicabile a tutti gli individui, e semplice così da escludere le utopiche misurazioni millimetriche, i calcoli, le intricate figure geometriche, e gli strumenti complicati o che male si prestano ad un'operazione asettica.

Ecco senz'altro il metodo che propongo e che mi pare soddisfi sufficientemente a queste esi genze.

L'unico strumento speciale è una sottile squadra metallica (serve benissimo di sinco), coi lati



Fig. 1.a—Prima posizione della squadra per determi nare l'estremo superiore del solco rolandico (A).

limitanti l'angolo retto larghi 2 cm. e lunghi 20, meglio se portante scolpita sulle due facce la divisione in centimetri. Questo strumento semplicissimo e di facile applicazione, ha il vantag-

⁽⁴⁾ Stimo superfino rammentare questi processi, diligentemente raccolti e descritti nei moderni trattati di chirurgia cerebrale.

gio di potersi avere dovunque e di 'potersi bollire insieme sgli sitri strumenti dell'armamentario.

S'incomincia (fig. 1°) col mettere il vertice della squadra in corrispondenza della parte superiore del margine posteriore dell'apofisi mastoide, essendo l'angolo della squadra aperto in alto. Si appoggia quindi il margine inferiore del lato anteriore della squadra in corrispondenza dell'incisura nasale (subito sotto la glabella), e si addorsa lateralmente al capo l'altro lato verticale della squadra.

Lungo il margine posteriore di quest' ultimo lato, e ad 1 cm. in fuori del piano sagittale mediano del capo (per evitare il seno-langitudinale) si segna l'estremo superiore del solco rolandico (A).

Si arrovescia poi la squadra (l'angolo aperto n basso (fig. 2ª) e si appoggia verticalmente il

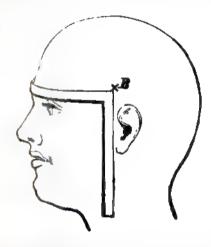


Fig. 2.*—Seconda posizione delle equadra per determinare l'estremo inferiore del solco rolandico (B).

nargine estremo di un lato all'arcata sigomatica in corrispondenza della sua radice trasversa (Sap pey), mentre il margine esterno (superiore) dell'altro lato, lo si appoggia in corrispondenza delle due arcate sopraciliari. Al vertice della squa dra si segua l'estremo inferiore del solco centrale (B).

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. Accademia medica di Genova. Sulla alero-diagnosi nel tifo addominale. - Suite sostanza che determinano il potera aggiutiuante del siero di sangue dei tifosi.- La tossicità del sudore negli spilettici, ed il bagno di aria calda come messo terapentico degli accessi. - Surli effetti del siero antidifterico nell'osena. - Cranisctomia esplorativa. Tubercolo solitario del peduncolo cerebrale. - Società di biologia di Parigi, - Modificazioni della midolla ossea nelle suppurazioni. - Tossicità urinaria nella gravidanza. - Esperienze sul cammino normale e patologico.-Origina del muco in un canero del retto.-Società di terapia di Parigi. - Inicaioni intramuscolari di bonzoato di mercurio nella sifilide. - Il brodo nella febbre tifoide, - Società reale medico-chirurgica di Londra - Amuesia della durata di 18 auni, seguita da neoroscopie.-Stato di violenta agitazione degli arti curata con un'operazione sul cervello.-Società medica di Berlino. - Gravidanza extra-uterina in via di regresso; estirpazione; guarigione. - Laucamia linfatica d' origine spienica. - Società di medicina di Berlino. - Keame batteriologico del sangue nelle malattie infettive, partienlarmente pella pusumonite.-Cianosi congenita; restrine gimento dell'arteria polmonare con persistenza del joro di Botallo. - Un caso di restringimento congenito della arteria polmonare. - Il sintoma di Oliver nella diagnosi degli aneurismi dell'arso dell'acrta.- Ulcerazioni sifilitiche del duodeno.

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Tornata del 14 decembre 1896 Presidente prof. Lacus Nostro rescoonto particolare)

Salla elera-diagnesi nel tife asseminate. — Jemme dopo aver ricorda o gli studi di Widai e di altri autori sulla siero-diagnosi nell'infexione tifoide, riferisce di avere applicato questo metodo diagnostico in 12 ammalati, 8 dei quali nei periodo della convalescenza, e di avere avuto in tutti risultato positivo, mentre in 15 altri ammalati affetti da altre malattie la reasione fu negativa.

Ha incitre constatato che l'aggintinamento è più evi lente e prouto durante l'iperpiressia, mentre è minore durante la defervescenza della febbre e la convalescenza.

L'oratore ha ricercato pure se la asione del calore influisse sulla produsione del fenomeno, ed ha constatato che la temperatura a 55° per 40 minuti e quella a 60° per 20 minuti ritardano la produsione del fenomeno; alla temperatura di 70° per 10 minuti il potore agglutinante è spento.

Sulle scetanze che determinane il petere agglutinante del siero di sangue nei tifesì. Devoto ha presipitato la globulina dal siero dei tifesi per mezzo del solfato d'ammonio, e presisamente trattando il siero con quantità eguale di soluzione di solfato d'ammonio.

La globulina raccolta sui filtro ha realmente la proprietà di agglutinare i bacilli del tito, e questo potere si mantiene anche nella globulina tenuta alla temperatura di 88°-40°.

Conferma quindi i fatti osservati da Dieulafoy, Widal e Sicard, ed aggiunge che non è necessario ridisciogliere la globulina, ma va a lungo il potere agglutinante. Quella prove- peduncolo cerebrale sinistro. niente dal siero di individni sani o da infermi non tifosi non è fornita di tale potere.

La tossicità del sudore negli epilettici, ed II bagno di aria calda come mezzo terapeutico degli accesal. Cabitto dopo aver esposto le moderne vetute sulla epilessia e sui fenomeni epilettici dovuti ad intossicazioni, ricorda gli studi, che hanno dimostrato la tossicità delle secrezioni organiche di questi ammalati. Convinto che nel sangue degli epilettici vi sia un accumulo di materiale tossico, l'oratore ha istituito esperiense sulla tossicità del sudore. Ha provocato il sudore col bagno di aria calda nel periodo che precede l'accesso, durante questo, nel periodo successivo ed in tempi lontani dall'accesso, ed è giunto alle seguenti conclusioni:

il sudore degli epilettici è fortemente tossico e convulsivante, in confronto di quello di individui sani (mentre 100 cc. di sudore normale non uccidene un coniglio, bastane 18-20 cc. di

sudore di un epilettico);

la tossicità è grande nel periodo prodromico, numenta sempre più e perdura durante l'accesso, e dopo di questo diminuisce gradatamente; nei giorni lontani dall'accesso, il sudore non

è più tossico di qu'illo di in lividui sani.

L'oratore ha potuto osservare che il bigno di aria calda, dato a tempo opportuno, vale a scongiurare l'accesso o a mitigarlo, e crede che con tali bagni e con l'uso dei disinfettanti intestinali e della dieta lattea, si possa evitare il bromuro nella cura degli epilettici.

Sugii effetti del siero antidifterico nell' ozena, Poli ha sottoposto 25 individui affetti da ozena alla cura del siero antidifterico. Ma solo in 15 ha potuto proseguire la cura a lungo. Ha osservato come risultato, nella maggior parte de' casi, speciali modificazioni nella muccea nasale, consistenti in congestione, corizza o rinorragia, a solo in 5 casi ha osservato la scomparsa della fenomenologia ozenica, ossia del fetore e delle croste. Crade quindi che l'effetto di questa cura nell'ozena sia in complesso favorevole, ma che il siero antidifterico non abbie, in realtà, alcuna azione specifica in questa malattia. Crede che esso, provocando una congestione nella mucosa nasale, ne riattivi la secrezione, e si abbiano quindi gli effetti del potere battericida del muco nasale.

Craniectomia esplorativa. Tubercolo solitario del peduncolo cerebrale. Poli riferisce un caso di un bambino a 18 mis, che avendo una lesione suppurativa della apofisi mastoide sinistra, cominciò ad avere deviazione del bulbo oculare sinistro. ptosi, midriasi, rigidità pupillare e paralisi del facciale inferiore e degli arti di destra. L'oratore suppose l'esistenza di una raccolta purulenta nella foesa cranica media, in dipendenza della suppurazione mastoldes. Operò il bambino di craniectomia, ma non trovò alcuna raccolta. Il pasiente guari dell'operazione, ma mori 25 giorni dopo, ed

che anche disseccata, a temperature basse, conser-l'all'autopsia fu trovato un tubercolo solitario nel

Mineroini

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Tornata del 12 decembre 1898. Presidents GIARD

Modificazioni della midélia essea nelle suppurazioni. Roger e Josus precisano l'istologia topografice della midolla normale.

All' esame di un pezzo di midolla di tibia o di femore di soniglio, in tatto lo spessore, hanno

distinto tre sone :

una sona centrale, rappresentata dall'arteria principale inguainata, nei tre quarti della sua circonferensa, da un largo seno sangaigno;

una sona corticale, formata da fibre fitte, nel mezzo delle quali sono sparse delle cellule midol-

lari ;

una sona che rappresenta il tessuto midollare propriamente detto, costituito da fibrille sottili . che si anastomizzano, formando larghe arcole ripiene di grasso. E ove s'incontrano le fibrille, ammassi di 4 a 5 cellule midollari,

Altre volte le cellule midollari si aggruppano in numero di 80 a 40 e formano una striscia, che si estende tra i punti d'incontro delle fibrille.

I mucchi di cellule sone circoscritti delle fibrille, tra le quali si trovano dei capillari sanguigni, che si dilatano, formando dell' arteriole secondarie, le quali in numero di 6 o 7 camminano parallelamente al grande asse dell'osso,

Nei casi di suppurazione, però, l'aspetto della

midolla à profondamente modificato.

Infatti, inlettando sotto la cute di un coniglio. dus centimetri cubici di cultura virulentissima di stafilococco aureo, l'animale muore fra le

All'esame istologico della midolla si osserva: che il grasso è quasi completamente riassorbito, le areole diminuite di volume, e le callule midellari enormente proliferate.

Con culture meno attive, le modificazioni sono più lente; in 48 ore la proliferazione è manifesta.

Al 8º giorno le cellule midollari mascherano la disposizione areolare e riempiono il sene sentrale.

Questi mutamenti nella disposizione anatomica si accentuano fino al 6º giorno. Al 18º giorno tutto ritorna allo stato normale.

Tessicità urinaria nella gravidanza. Lebadio Legrave, Boix, Noè, hanno ottenuto coll'urina di 28 donne gravide i seguenti risultati:

al 2º mese il coefficiente di tossicità diminuisoe, la media è di 0,888;

nel corso del 8º mese, scende ancora e si mautiene pressoché eguale fino al termine, con una media di 0,217;

dopo lo sgravo la tossicità diminuisce, e poi risale progressivamente al normale.

In vista di questi risultati, la ricerca della tossicità urinaria è un elemento prezioso di diagnosi in principio di gravidanza.

Quale interpetrazione danne gli autori a questo fenomeno ?

E all'aumento della attività fungionale del fegato durante la gravidanza che essi attribuiscono la grandissima distruzione dei tossici autoctoni che possono nuocere allo sviluppo dell'embrione. Questo equilibrio si rompe, e la cellula epatica è al disotto del suo còmpito per una causa qualunque, e quindi l'urina è ipertossica.

Gli autori hanno riscontrato tre ecempi di questa ipertossicità nelle donne gravide affette da urobilinuria e da giucceuria alimentara.

Perchè si abbia un'eclampsia o corre non solo il rene alterato ma anche il fegato ammalato,

Esperienza sella deambulazione permaia a patelegien. Bioch indica un processo, che gli permette di saccogliere a consexvare le impronte dei passi, a poi analissa i turbamenti della deambulazione.

Egli fa camminare i soggetti sulla sabbia umida, poi getta una forma in gesso. Ottiene soel delle pruove in gesso che riproduceno esattamente le impronte lasciate.

Dei fili distesi trarversalmente al disotto delle impronte, gli fauno conoccure canttamente a quale profondità il piede si è infossato nella: subbla.

influenza del fegate sull'azione anticoagniante del paptone. Gley. — Il fegato può produrre, da solo, sotto l'influenza del peptone una sostanza anticoagniante?

L'oratore mostra che si possono completamente catirpare gli intestini, e l'asione anticoagulante del peptone si modifica pochissimo.

Se si lassia un montone del duodeno, e si toglie il rimanente dell'intestino, o la milsa, in maniera da non ledere i linfatici del fegato, in queato caso l'azione anticoagulante del peptone sus-

siste integralmente.

S; si scamina lo scolo della linta nel canale toracico, si constata che prima dello svisceramento, la linfa non cola; immediatamente dopo e consecutivamente all'inissiene di poptone, la linfa comincia a colare in abbondanza ed 6 di un colorito rosso. Questa linfa è incoagulabile.

E evidente quindi che essa proviene dal fegato.
Ora, iniettando in un coniglio 20 cc. di peptone,
si caserva che la coagulabilità è molto diminuita
come quando s'inietta a un animale del sangue,
che proviene da altro animale a cui fu iniettato
del peptone.

Contejan togliendo il fegato e iniettando del peptone ha potuto, in un caso, ottenere in un a-

nimale del sangue incoagulabile.

Come, sopprimendo il fegato e l'intestino cassa l'anone agricoaguiante del peptone, la soppressione dell'uno oudell'altro vissere diminuisce semplidemente quest'anione.

Origine del muce in un cancro del retto. Quenu e Landelle in un caso di cancro dell'intestino hanno constatato delle grosse cellule pieno di muco, analoghe alle cellule delle giandule salivari del l'uomo.

Vaiana

SOCIETÀ DI TERAPIA

Tornata del 2 decembre 1896.

Presidente WEEE

Iniczioni intramuscolari di benzente di mercurio nella sifilide. Gallole nella sifilide, s'è servito del benzoato di mercurio, solubile, secondo la formula seguente:

Bensoate neutro di mercurio gr. 1 Cloruro di sodio s 1 Cloridrato di cocaina centigr. 25 Acqua distillata sterilizzata gr. 180

La soluzione si conserva bene, è chiarz e qualche volta solo precipitano in essa dei priatalli.

Si può cominciare coll'iniettare ogni giorno 1 o 2 grammi della soluzione, nella regione giutoa, in pieno muscolo. L'iniezione nun è dolorosa: con essa, secondo l'autore, non si osservano gli accidenti così frequenti che si hanno nelle iniezioni di sali insolubili, come gli accessi, la "stomatite, l'albuminuria, la diarrea.

Il brods mella febbre tifolde. Vidal ha somministrato nella febbre tifolda un brodo di composizione costante, sterilizzato e chiuso in vasi ancor essi sterilizzati. Il brodo caima le crisi dolorose fameliche e, sterilizzato, non produce la diarrea così frequente nei convalescenti. Inoltre il brodo è molto utile, quando il latte non è ben tollerato, ed è anche un tonico eccellente dello atomaco.

Cura della sifflide cel sufere e la funigazione in Oriente. Robicon ha esservato in Oriente numerosi casi di sufflide in persona di marinal ed in seguito ha potuto constatare che guarivano con una rapidità singolare: egli crede che questa guarigione sia dovata al sudore ed alla fumigasione che siutano molto la cura mercuriale, giacche eliminano gli agenti che ostacolano l'azione del mercurio.

Ducheme riporta due osservazioni di nevralgia solatica guariti con il salicitato di chinina.

Mirto

SOCIETÀ REALE MEDICA DEI CHIBURGI DI LONDRA

Tornata dell' 8 desembre 1896.

Amnesia della derata di 18 anni, seguita da necrescepia. Spencer-Watson richiama l'attenzione sul fatto che l'infermo, di cui si occupa, in ua dato periodo della sua vita, aveva maggiore facilità nell'espr mere i numeri, che le parole.

Egli poteva anche scrivere, sotto dettato, i numeri e non le parole.

Questo fatto fu riconosciuto come anomalo, ma non venno spiegato in un modo soddisfacente.

L' orators ritiene che i simboli dei numeri differiscano da quelli delle parole, nel fatto che essi sono imparati fin dalla prima infanzia, che non sono associati ad emozioni e che sono intimamante connessi col senso del tatto per l'abitudine che d'ordinario si acquista a contare sulle dits.

Il centro del tatto può avere una parte importante nella connessione tra i centri auditivi e visivi.

Per cui, nel caso attuale, quantunque fosse distrutta la commissura dritta fra questi due centri, pur nondimeno essi potevano comunicare per mezzo del centro tattile.

Jacksoniana. Fu asportato il centro della dall'area circostante della corteccia, per un sione del diametro di un pollice e meszo. Il risultato dell' operazione fu la paralle

Il presidente riferisce sul proposito un caso importante di afasia sensa agrafia.

Un individuo, mancino, dell'età di 89 anni, in seguito ad un accesso apopiettico, fu ammesso all'ospedale, privo di coscienza.

Quando ritorno in se, era paralizzato nel lato destro ed era afasico.

Egli seriveva però con la mano einistra, nello stesso modo ecme prima.

Probabilmente come scriveva con la metà destra del cervello, parlava con la sinistra.

Bastian, in risposta a Broadbent, dice che se la lesione fosse stata diffusa in sul principio, vi sarebbero state cecità e sordità verbale. Nel caso attuale non esisteva sordità verbale, ma una temporanea cecità.

Broadbent, incltre, ammette un centro per le parole ed uno per le proposizioni; quantunque questa teoria fosse stata emessa da parecchi anni, purnondimeno, nessuno dei tentativi fatti ha provato ciò in un modo sperimentale e clinico.

L'oratore non vede la necessità di ammettere l'esistenza di questi centri; da parecchi anni pinttosto egli ritione che la parte estrama del centro visivo generale rappresenti il centro visivo della parola e che lo stesso avvenga pel centro auditivo.

In risposta a Watson, dice che vi sono parecchie teorie, per spiegare la differenza, che alcune volte esiste fra la possibilità di esprimere le parole ed i numeri. Egli ritiene che i numeri siano graficamente meglio registrabili nel centro visivo, essendo meno cemplessi ed avendo un aspetto più caratteristico delle varie lettere, costituenti le parole.

State di violente agitazione degli erti curata cen un' eperazione sul cervelle. Guthrie riferiace un caso di agitazione violenta, della durata di 22 anni, la quale aveva sede nel braccio sinistro e nella gamba corrispondente e fu curata con la trapanazione del cranio e la escissione del centro motore dei braccio.

Il paziente aveva 26 anni e da 22 anni era affetto da forte agitazione negli arti sudetti, la quale era costituita da movimenti atassici, coreici a clorici

Questi aumentavano di forza e di ampiezza negli atti volontari; cessavano durante il sonno a nello stato assoluto di riposo.

Sintomi concomitanti a questi disordini erano nell'occhio sinistro: strabismo esterno e proptosi; elevazione della palpebra superiore con dilatazione e fissazione della pupilla; deviazione destra della lingua; parola esitante, di intonazione varia.

Questi sintomi indicavano disordine funzionale dell'area motrice destra della corteccia. Si fece quindi la trapanazione del cranio e fu messo allo scoperto questa regione.

La corteccia apparentemente era sana, ma la eccitazione elettrica dei centri della faccia e della mano diede luogo ad accessi di convulsione jacksoniana. Fu asportato il centro della mano dall'area circostante della corteccia, per un'estensione del diametro di un pollice a messo.

Il risultato dell'operazione fu la paralisi completa dei movimenti volontari della gamba sinistra e del braccio corrispondente per la durata di una settimana; in questo tempo, si obbero numerosissimi attacchi di epilessia, dapprima limitata a sinistra, poi generalizzata. I movimenti volontari, frattanto, poso a poso ritornarono ad essere possibili, però accompagnati dallo stato di agitazione; in meno di 8 mesi, l'infermo si trevava nello staco di prima. L'oratore conchiude quindi, che l'escissione dei singoli centri corticali può soltanto arrestare i movimenti incoordinati, quando essi poco diffusi, ed allora, l'operazione non è necessaria; quando i movimente incoordinati sono più estesi, forse possono essere arrestati dalla asportasione di una zona corticale molto grande, main tal caso, i danni sono superiori ai vantaggi.

Watson ha osservato un caso simile in una ragazza a 16 anni. Nessuno dei metodi di cura tentati portò alcun effetto favorevole; fu quindi fatta la trapanazione del cranio senza alcun beneficio.

Greco

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO

Tornata del 9 decembre 1896.

Gravidanza extra-aterina in via di regressione; estirpazione, guarigione. — Martin presenta il pesso anutomico appartenente ad una donna operata per una gravidanza extra-uterina. L'ammalata, che negli ultimi mesi era andata soggetta ad abbondanti metrorragie che l'avevano estenuata, guari nel più breve tempo.

Legcomia linfatica d'erigine spienica. Litten presenta un ammalato affetto da legcomia linfatica d'origine spienica.

Tatte le ghiandole linfatiche, come pure la milza, sono ipertrofiche ed existe contemporaneamente una doppia pleurite emorragica.

L'esame del sangue dimostrò un globulo bianco per tre globuli rossi. L'occhio sinistro è affetto da una retinite leucemica tipica.

Bentivegna

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO Tornata del 7 decembre 1896.

Esame batteriologice del sangue nelle maiattie infettive, particelarmente nella passemenite. Cohn ha trovato nel sangue di un ammalato affetto da endocardite ulcerosa acuta, un gran numero di streptococchi e stafilococchi. In alcuni infermi affetti da endocardite cronica, invece, non fu potuto rescontrare lo stafilococco che una sola volta.

L'oratore annunsia i risultati dello esame dal sangue praticato durante il corso di altre infesioni, e si ferma sopratutto sulla pneumonite acuts. In \$2 ammalati osservati, in 18 non ha riscontrato alcun microbio e costoro sono tutti guariti; 7 volte l'esame rilevò la presenza dello pasamococco ed in tutti questi casi gli ammalati soccombettero.

Il risultato generale di queste ricerche permette di conchiudere che l'assensa di microrganismi nel magne assicura l'andamento benigno della malattia. L'immigrasiane dei microbi nei sangue, secondo l'oratore, proviene dalla diminuita resistensa dell'organismo, e dallo aumento di virulensa dei batteri. Bisogna aggiungere, quindi, alle canse di morte abituali nella pneumonite, la setticemia dipendente dalla penetrazione dello pneumococco nei sangue.

Leyden ritiene sia necessario precisare quanti giorni; dopo l' inizio della malattia si può constatare la presenza dello pneumococco nel sangue, e circa alla causa di morte non crede che essa sia differente da quello che si osserva al difacri di questa circostanza. Sia che i microbi siano, o non, penetrati nel sangue, la morte è sempre dipendente delle tossine elaborate da essi, e per ciò non può partarsi di setticemia speciale.

Frakel crede che i diplococchi passano nel sangue soltanto per due circostanse: o allorquando l'ammalato soccombe, ovvero quando esistono dei focciai metastasici. Sul riguardo ricorda alcun casi clinici con osservazioni sperimentali personali.

Stadelmann riferisce che in un caso di pneumonite grave con sintomi di meningite, ha ceservato, con la puntara lombare, un liquido che conteneva numerosissimi pneumococchi di Frankel. In un caso di endocardite ulcerosa, invece, I esame del sangue fi negativo.

Jecob chiede se Ochn abbia praticato l'enumerazione dei globuli bianchi, giacché per interpetrare il passeggio dello pneumococco nel sangue, ha una grande importanza il numero di quegli elementi.

Com rispondendo ai vari oratori, ritiene, che se è vero che la causa ultima della morte è dipendeute dalle tossine elaborate dagli pneumococchi, bisogna però ricordare, che mentre il riassorbimento di sesse è ostacolato nel polmone, essendo quasi imprigionate nella fibrina, non avviene lo stesso nel sangue, dove le tossine risiedone, ed agiscono direttamente sul sistema ner-

D'altra parte le condizioni di riproduzione dei microrganismi, sono più favorevoli nel sangue che nel polmone.

Classasi congenita, restringimento dell'arteria polmonara con persistenza dei fera di Botallo. Litten presenta nua giovinetta di 22 anni, affetta da ma cianosi molto pronunsiata, accompagnata da dispues, cardiopalmo, cefales, ecc.

L'esame del cuore, citre la notevole ipertrofia del ventricolo destro, rileva un fremito ed un rumore di soffio sistolico sul focolaio della polmoture. Egli ritiene che il foro di Botallo non debba cesere obliterato, giacabe questa lesione co-

munemente suole accompagnare il restringimento congenito dell'arteria polmonare; la cianosi molto probabilmente è la conseguenza di una dilatazione secondaria dell' orecchista destra.

Un case di restringimente cangenite dell'arteria pelmenare. Cestreich presenta un pesso anatomico iliustrante un caso di atenosi congenita dell'arteria polmonare. Il reperto proveniva da un uomo dell'età di 47 anni, e si può considerare come prova che questa lecione congenita può essere tollerata per alquanto tempo, sensa dar luogo a disturbi circolatori gravi.

Littes richiama l'attensione su di un altre case identico, che in vita non diede laogo a disordini notevoli della circolazione.

Il sintema d'Oliver nella diagnesi degli ansurismi dell'ares dell' merta. Frankei dimostra in che consista il segno d'Oliver.

Por constatarlo, bisogna rivolgare in dietro la testa dell'ammalato e sollevare leggermente la laringe tenuta stretta in corrispondenza della cartilagine cricoide.

Si percepisce, aliora, una piccola scossa isocrona con la sistole cardiaca. Questo impulso provieno dal fatto che il tumore dell'arco acrtico, essendo a cavaliere del tronco, escreita su di questo, al momento di ciascuna sistole, una pressione che fa discendere la trachea.

Gerhardt crede che il segno d'Oliver non sia costante; invece, si deve dare un maggiore valore alle contrazioni spasmodiche delle corde vocali inferiori.

Ulcerazioni sifilitiche del duodene. Controlch mostra un perso anatomico con ulcerazioni sifilitiche del duodeno proveniente da un uomo dell'età di 66 anni. Si poteva pensare alla tubercolosi, ma l'autopsia dimostro che i polmoni erano sani; l'esame microscopico confermò il carattere sifilitico delle ulcere intestinali.

Bentivegna

MOSTRE CORRISPONDENZE DANLI STATI UNITI U'AMERICA

New-York, 12 decembre 1896.

L'elettricità in ginecologia — Il 50° anniversarie della scoperta dell'assestesia.

L'elettricità in ginecologia — Nella riunione della Società elettro-terapeutica americana avvenuta recentemente in Boston, el discusse a lungo sull'uso della corrente elettrica per le malattic della donne.

Fin'ora è stato quasi impossibile conoscere il bene, che questo metodo abbia apportato. Entusiasti hanno dichiarato che la corrente elettrica era capace di guarire qualunque malattia dell'utero, e vi fu un tempo che credeva che questo metodo dovesse soppiantare la chirargia nella cura di dette malattie.

Dallo studio fatto sui diversi rapporti a tale

oggetto si vede chiaro, che siamo sempre allo

Il pericole di una corrente forte nel caso di suppurazione delle trombe e di tumori uterini, è stato pienamente riconosciuto ed ammesso.

Nel casi di fibroma dell'utero è stato generalmente riconosciuto come inefficace e quelli che una volta avevano gridato osanna al nuovo metodo, oggi hanno dovuto ammettere, che nei suddetti casi la corrente elettrica nen è altro che un agente palliativo, solamente durante i dolori e l'emorragia atte ad occorrere nel corso di questa malattia.

Nella dismenorrea e nelle malattie dell' ovaia, delle volte la corrente elettrica è stata di grande giovamento.

L'uso della corrente elettrica peraltro è una specialità in sè stessa e per avere una completa riuscita ci vuole studio ed esperienza,

Nelle mani dei dottori i quali debbono attendere ad una pratica generale, non è di valore positivo.

il 50° anniversario della sceverta dell' anestesia in America — L'antico anfiteatro dell'Ospadalo Generale di Boston, dove 50 anni fa il Professora Morton dimostrò per la prima volta l'azione dell'etere nel produrre l'anestesia, il 16 ottobre decorao, raccolse nella sua aula le più spiccate autorità nel mondo chirurgico americano ed estero.

Discorsi interessantissimi furono letti dal M., Burney, Welch, Dalton, Davis, Mitchell, Wier, ecc.

Questa occasione fa ricordare il grande progresso, che la chirorgia ha fatto da 50 anni fa al giornò d'oggi, e se vogliamo cercare la causa di questo avanzamento dobbiamo ascriverlo all'anestesia ed al listerismo.

L'anestesia completò la chirurgia, il listerismo la rese un auccesso.

Prima del 1846, solo i casi più disperati si sottoponevano all'operazione e benchè i chirurgi fossero molto destri, operavano nel minor tempo possibile, pure il campo era abbastanza limitato ed il risultato poco soddisfasente. La scoverta dell'atera come; anestesico, produsse naturalmente il risveglio nella chirurgia, e rese possibili molte operazioni alle quali dapprima era una follia peneare.

Non pertanto la mortalità in seguito alle operazioni eradimentamente aumentata e nei grandi ospedali di qui- e di Europa la mortalità per erisipela, gangrena tetano e setticemia in seguito ad operazione era di una proporzione spaventevole. Un grande ospedale di New York ed un altro di Londra furono completamente demoliti, causa le epidemie delle sopradette maiattie.

Una porzione dell'ospedate Bellevue, come risulta dai rapporti, restò chiusa per diversi anni e dopo continuate disinfezioni venne riaperta.

Non prima del 1867, la scienza chirurgica potè mostrarsi al mondo civile, circonfusa dall'aureola di successo, dovuta al listerismo.

Paragonando queste due grandi scoverte non

possiamo dire chi abbia arrecato più bene all'u-

La memoria di Morton e Lister resterà imperitura ed i loro nomi verranno classificati tra i più grandi benefattori dell'umanità, perchè nessuno potrà contribuire più ampiamente nell'alleviare le pene e nel preservare la vita.

A. de Joanne

NOTIZIE

أكالكالة ششخ ووووون والواز الاكانة الأفروو ووا

Il 16 del decorso desembre il prof. v. Berg mann di Berlino festeggiò il suo 60° anno di nascita.

li nymero degli studenti nelis università germaniche

A Rostock il numero degli studenti universitari in questo semestre fu di 594, inclusi 15 uditori. La facoltà medica conta 106 studenti.

A Tabigan nal semestre in corso, ci sono 1169 studenti universitari, di cui 220 appartengono alla Médicina.

Per il giubiles prefessorais di Frânkel-

A B. Frank el, che ha compiuto il 25. anno di insegnamento, è stato dedicato un numero festivo redatto dal suo antico primo assistente A. Bos en berg, nel quale sono contenuti 27 lavori dei suoi passati e presanti scolari e di rinomati specialisti. Questo numero è stato pubblicato come 5. volume « dell' Archiv far Laryngologie und Ehinologie ».

CONSULENZA LEGALE

del prof. avv. Pietro Coglicie

(Genova, Via San Lorenco 18).

1. Dott. N. P. in A.—Soonio l'art. 6 della nuova legge, o, per maglio dire, del regio decreto la maggio 1896, l'attetato apeciale rilasciato dal Rettore per il corso complementare d'igiene ha la preferenza per la nomina dell'ufficiale sanitario. Ma nel caso suo necsuno dei tre ha tale nuovo certificato: valgono per ciò le norme dell'art. 26 dei Regolamento 9 ottobre 1989, e quindi il consiglio può scegliere chi vuole fra coloro che abbiano fatto « studi speciali e pratici di pubblica igiene ». Se ciò possa direi della semplice assistenza all'ufficio di igiene municipale di Napoli non ho dati di fatto per risolverlo.

2. Dott, O. O. in M.—Se il medico di cui si tratta è medico condotto del Comune, il fatto che l'ospedale concorre nella spesa con consorzio non toglie il diritto alla stabilità, compiuto il triennio.

 Dott. A. R. in N.—Se vi sono nel Comune parecchi medici, l'essere condottato non è alcun titolo di preferenza.

Redeltore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riferena Medica

Scourano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. Sugli effetti della laparotomia nella peritonite tubercolare fibrosa eronica.—Influenza d.lla pressione sul potere amorbente della cavità peritonesie.—Sulla presunta tomicità degli ensimi. — 2. Lavori originali. Ospedale dei Pellegrini in Napoli.—Alcune considerazioni su truntacette casi di suture ossee, pel dott. Francesco Sorrentino, chirurgo ordinario. — 8. Istituti madici francesi. Istituto Pasteur di Parigi (prof. Roux). La morva e il farcino. — 4. Prattea pediatrica. — 5. Prattea della semiologia.—6. Necrolegio. — 7. Concorsi.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Segli offetti della laparetomia nolla peritonite tuiercelare fibresa erenica. E. Burel. — Oggidi si cozosce che mediante la laparotomia si ricavano notevoji vantaggi nella peritonite tubercolare, ma ancoras'ignora il messanismo intimo, con cui si arriva a vincere tale processo morboso, che in altre sedi è grave e resistente ad ogni terapia. Questi trionfi sulle tubercolosi del peritoneo si hanno soltanto in quella forma, che si denomina « croni ca fibrosa » , montre le altre due, la « miliare aouta» la « ulcerosa cronica », non sembrano succettibili di cura chirurgica. L'autore s' intrattiene, come el rileva dal titolo del lavoro, sulla forma oronica fibrosa e si propone di rispondere a due quesiti. Col primo si domanda, se la laparotomia costituisca realmente un messo efficace di cura della peritonite tubercolare ; cel secondo si chiede, per quali condisioni fisio-patologiche, un atto operativo, che non attacca, o molto indirettamen e, le localizzazioni morbose, sia sufficiente a guaririe, malgrado la nota resistenza loro in altre sedi, a messi terapentici, che hanno tutte le apperenge di essere radicali.

Che la Imparotomia costituisca un metodo di sura della peritonite tubercolare, è provato dal fatto, che sopra 65 casi sinora pubblicati, non si trovano che è morti, nei quali nen sembra, abbia direttamente infinito sull'esito l'atto operatorio, in guisa che si può dedurre, che la laparotomia non è un intervento molto grave e che risponde favorevolmente nel massimo numero dei casi.

La spiega di questo boon risultato è stata variamente data, ma qualcuna non regge alla critica. Le varie teorie emesse si preoccupano di un solo, o di pochi fatti secondari, subordinati. Così sono da rigettare, secondo l' autore, le teorie, che si fondano sulla distrusione del bacillo

tubercolare sotto l'influenza di menzi fisici (Bruhl); quelle che dauno molta importanza alla presenza del liquido ascitico (Neumann, Lanenz tein, Mader, Cameron, Cabot, Maurange, Bromm, Wacher, Lindner, Sänger, Weinstein e Vierordt) e quella che ritiene, la laparotomia determini una peritonite reattiva ad andamento fibro-adesivo ed in cui le aderenze, che si formerebbaro in seguito alla operazione (Kōnig, Schwarz, Ceccherelli, Pic, Poncet, Aiexandroff, Wheeler) strosserebbaro i noduli tubercolari agevolandone la sostituzione con tassuto fibroso.

Dai fatti messi in rilievo dalla clinica e dall' anatomia patologica; orede, l'autore, razionale ammettere, che la laparotomia non eserciti alouna azione diretta contro il prosesso tubercolare osselqmos lassa é enciaa lb cmeloscom li edo e e tende al duplice asopo, di sopprimere condizioni patologiche, che complicano ed aggravano quella principale e di essitare potentementa i messi di difesa dei quali l'organismo dispons nella lotta contro gli agenti morbigani ed i loro prodotti. L'autore crede, che la distrusione dei batteri e dei loro prodotti fosse la conseguenza dell'a irritazione, che gli agenti fielol (sambiamenti di temperatura, panetrazione di aria e di luce, eca.) ed il trauma meccanico, fanno risentire sopra una membrana sierosa così suscettibile, come il paritoneo. Infatti gli esperimenti finora praticati, (Kannotti eBaciocchi, Kischensky, Gatti, Casinari, Stokegoleff) per la difficoltà di localissare la infesione al solo paritoneo, non illuminano la questione. L'autore prova poi, come nel peritoneo esistano delle condisioni fisiologiche, le quali aumentano la resistensa contro la infesione tubercolare, el in queste condisioni trova appunto egli la chiave della soluzione dell'importante quesito. Infatti il peritoneo è suscettibilissimo a qualunque irritazione per la sua ricca provvista di nervi e di vasi sanguigui, ma reagisce pure prontamente ed intensamente. Sa l'irritazione si mantiene continua, si ha una reasione inflammatoria assai cospicua con conseguente laucocitosi inflammatoria intensa, abbondante migrazione leucocitaria e di elementi embrionali, i quali fatti coatituiscono . secondo il parere dell'autore, i magsi di difesa contro la infesione tubercolare, i quali, come bea si comprende, sono aumentati della laparotomia . che provoca una irritazione più intensa (Archivio italiano di Clinica medica; puntata III, 1896).

influenza della pressione sui potere esserbente della savità peritoneale. Hamburger, dopo avere studiato, in un precedente lavoro, quali sono le condizioni che accompagnano il meccanismo del riassorbimento nella cavità addominale, si è proposto di ricercare se l'aumento della pressione del liquido destinato ad essere riassorbito, favorisca il passaggio di esso nella cavità addominale. L'esperienza clinica dimostra che la questione può esser risoluta affermativamente, a difatti, è risaputo, che per favorire un risasorbimento, si pratica comunemente l'applicazione di una fasciatura compressiva. Ma nessuno, per quanto è a conoscenza dell'autore, ha cercato di stabilire sperimentalmente il rapporto che esiste tra la pressione ed il riassorbimento.

Da queste ricerche si può stabire, che il riassorbimento di un liquido versatosi nella cavità addominale è favorito dall'aumento della pressione intra-addominale. Sa ad un coniglio, in cui è stato legato il canale toracico, si produce una pressione idrostatica di 9 centimetri, la quantità di cloruro di sodio al 9 🌬 che può esser riassorbita è equivalente a 35 centimetri cubi , e se la pressione raggiunge i 14 centimetri, la quantità di liquido riassorbito è quasi il doppio, cioè 22 centimetri.

Però occorre notare che non bisogna oltrepassare certi limiti , oltre i quali il risssorbimento diviene meno attivo,

Anche i risultati ottenuti con esperienza eseguite per mezzo di membrane omogenee artificiali, confermano quelle conclusioni, dimodochė, ritenendo che il riassorbimento da parte dei vasi sanguigni si effettui in virtù di un semplice meccanismo fisico, la teoria di Heidenhain-Orlow, che considera il riassorbimento come un processo vitale, verrebbe ad assere infirmata,

Incitre, la determinazione della pressione sanguigna mostra che la pressione intra-peritoneale ha una influenza sulla corrente sanguigna. Quando la pressione è moderatamente aumentata , le contrazioni più energiche del cuore sono capaci di vincere la resistenza incontrata dalla corrente sanguigns, ma se la pressione intra-addominale aumenta consideravolmente, la forza del cuore non è più bastevole, ed esso riceve meno sangue che in condizioni normali. In questi casi la pressione arteriosa si abbassa.

Producendo in un piccolo coniglio una pressione intra-addominale di 45 centimetri di liquido rente sanguigna diviene cost debole che la pres-

sione nella carotide discende da 90 a 44 millimetri di mercurio e l'animale soccombe rapidamonte.

Le esperienze dell'autore comprovano un fatto ben conosciuto dai clinici, che dopo l'estrazione di una piecola quantità di liquido patologico sotto alta pressione, la restante parte del liquido si riassorbe rapidamente.(*Rèvue de Mèdecine*, n. 12,

Bentivegiia

Sulla presunta toesloită deali enzimi. O. Fermi in altri suoi lavori ha dimostrato che la pepsina la tripsina, la ptialina, ecc., eterilizzate, non hanno proprietà tossiche.

Intanto ultimamente il Kionka ha cercato di provare la tossigità dei fermenti.

Alle osservasioni di questo autore, il Fermi oppone quanto segue: gli esperimenti del Kionk a furono eseguiti con ensimi non sterlli, mescolati cicè a sostanze estrance ignote. Kionka invece di usare enzimi energici azimali, come quelli ora citati, adoperò un infuso di fermento ricco di proteine, pirotossine, contenenti saccaromicati, microbi con i loro prodotti, ecc.

La proprietà e la composizione dei preparati di invertina, sono diverse da quelle della pepsina, tripsina, ecc.

Il semplice aumento della temperatura provocato negli animali da esperimento, non basta a provare che le sostanze iniettate sono tossiche. Egistono centinaia di microrganismi di diversa specie, che formando culture con 1-2-3 enzimi, non hanno alcuna proprietà tossica ; invece ci sono molta altra specie batteriche, le cui culture sono tossiche, ma prive di fermenti.

Le proprietà specifiche della ptialina e della diastasi, dell'invertina, ecc., non sono atte a spitgare la loro azione tossica sulle cellule e sulle sostanze albuminoidi dell'organismo.

La ptialina, la pepsina e tutti gli enzimi del panoreas e dell'intestino, circolano, nelle condizioni ordinarie nell'organismo, stanno attaccate agli albuminoidi e vengono lentamense eliminate, eppure finora non è stato osservato alcun fatto di autointossicazione per opera di enzimi.

Iniettando 1-2 grm. al giorno, di enzimi attivi sterilizzati ad un animale, per la durata di una settimana, non si manifesta alcun sintoma d' intossicazione.

Kionka risponde a questa pubblicazione del (soluzione di cloruro di sodio al 90₁₀₀ , la cor- Fermi, facendo osservare che egli ha adoperato per le sue ricerche enzimi sterilizzati. Incitre che: gli esperimenti fatti dal Fermi con la tripsina e la pepeina non possono addursi come prova contro la tossicità dei fermenti, perchè biscgna tener presente che questi fermenti animali esistono normalmente nell'organismo, e quindi è possibile che in questo essi abbiano prodotto una specie di immunizzazione.

Infine, il Fermi, a dimostrare che la invertina non ha snione tossica, afferma che molti dei microrganismi producano fermenti, e malgrado ciò le loro culture non sono tossiche. A ciò il Kionka obbietta che tali culture contengono, forse, minime quantità di fermento. Del resto non abbiamo ancora alcun metodo per preparare i fermenti allo stato puro, e quindi è impossibile per ora farne la determinazione quantitativa (Deutsche medicinische Wochenschriff, n. 51, 1896).

De Grania

LAVORI ORIGINALI

OUPEDALE DET PELLEGRINI IN NAPOLI.—ALCUNE CON-SIDERAZIONI SU TRENTASETTE CASI DI SU-TURA OSSEA, pel dottor F RANGESCO SCERRA-TINO chirurgo ordinario.

La moderna chirurgia, resa ardita dagli aiuti, che le vengono dall'antisepsi e dall' asepsi, ricorre, sempre che speciali condizioni lo richieggono, alla sutura ossea, nulla temendo più che una frattura da sottocutanca divenga esposta, o che debba correggere le tristi conseguente di una frattura mal consolidata.

Nel periodo di circa cinque anni ho avuto l'agio di eseguire nell'ospedale dei Pellegrini in Napoli, trentasette volte la sutura ossea, cioè in otto casi per fratture sottocutanee irriducibili ed incoercibili, ventiquattro volte per fratture esposte, quattro per pseudo-artrosi ed una per uno speciale callo deforme del cubito.

Fratture sottocutanee irriducibili ed incoercibiii.—Constatata una frattura, la oura si sintetiua nella riduzione dei frammenti, se vi è spostamento e nel mantenerli ridotti per un certo tempa. La riduzione però, se è necessaria in alcuni
casi, riesce alle volte inutile, come può essere
dannosa in altre circostanze. Mi spiego: data
una frattura senza spostamento o lievissimo, a
che scopo eseguire manovre di riduzione? È dannosa poi, quando si hanno a curare alcune fratture, in cui nel momento del trauma vi è stato
incureamento dei frammenti, come in quelle extra-capsulari del collo del femore, poichè in que-

ste lezioni la riduzione spoeta i frammenti e si può andare incontro ai pericoli di una mancata consolidazione della frattura.

Fatta eccesione di questi casi, la riduzione è necessaria e bisogna che sia eseguita in modo che la frattura consolidandosi faccia possibilmente conservare alla leva ossea la sua normale direzione: essa in alcune fratture è facile ad .ttenersi, come in altre è difficile, riuscendo-impossibile infine in alcuni speciali casi.

Un quesito, che si sono fatti i chirurgi, inco minciando da I p p o c r a t e, è stato quando bi sogna ridurre una frattura essendo alcuni pro pensi a farlo nei primi momenti, altri nei giorni consecutivi all'avvenuta lesione.

Qui, come in generale in tutto ciò che riguarda. la nostra arte, non bisogna avere idee assolute e la pratica intelligente detterà al chirurgo, quando bisogna intervenire immediatamente alla lesione per la riduzione, o ritardarla di qualche giorno.

Come principio generale, bisogna ridurre e presto, specialmente quando vi è molta obliquità dei frammenti e posson questi irritare le parti circostanti, provocando ora spasmi muscolari, ora comprimento tronchi nervosi od offendendo vasi sanguigni, e finalmente quando uno dei frammenti minacciasse di ferire le parti melli dall'interno all'esterno, rendendo le fratture da sottocutanee esposte.

L'aspettazione è giusticata, quando la frattura è avvenuta da vari giorni e l'arto è infiammato; in questi infermi, per la tumefazione dei tessuti, è difficile farsi un concetto esatto del sito dei frammenti per poterli ridurre e la manovra di ridusione può aumentare l'irritazione dei tessuti: stessi; in quei casi il chirurgo è in obbligo di mettere in pratica la più scrupolosa antisepsi, praticare qualche incis one, se la gran le tumefazione dei tessuti molli minacciasse la loro vitalità ed immobilizzare l'arto in un semicanale vigilando fino a che ogni pericolo di complicanza esista. Scomparsi questi fatti irritativi, la riduzione si rende possibile e si può applicare allora uno apparecchio solido.

La riduzione dei frammenti, può, alle volte, presentare difficoltá, che sono rappresentate dalle contrazioni muscolari, contro le quali possono fallire gli sforzi più violenti e meglio diretti. Si può ottenere allora la riduzione in due modi, secondo che si preferisce di eseguirla subito o gradatamente.

Quando lo spasmo muscolare ha resistito ai tenta-

tivi ordinari e ben condotti di riduzione, per vincere la contrazione muscolare si può dare all'arto una
posizione, la quale attenui possibilmente gli effetti della contuaziono. Per questa posizione gli
autori sono stati d'accordo per l'arto superiore e
la flessione più o meno pronunziata dell'avambraccio sul braccio è l'attitudine generalmente scelta.

Per l'arto inferiore, alcuni vorrebbero, che la posizione preferita sia la flessione ricordando che 688a è quella di riposo per eccellenza, che prende ognuno istintivamente durante il sonno, e fu Pott, specialmente, che nel decorso secolo diede l'indicazione netta e precisa per farla accettare. Questo precetto fu da altri criticato col dire, che se la flessione dell'arto era una posizione di riposo pei muscoli della regione posteriore della coscia e della gamba, metteva dall' altra parte in contrazione quelli anteriori, e però preferirone la posizione estesa.

Broca riuscì a vincere lo spasmo muscolare comprimendo l'arteria principale dell'arto. Questa osservazione è così riferita da Spilmann (1):

« Un uomo di 49 anni fu condotto recentemente nel reparto di Broca all' Hôpital de la Pitiè, con frattura delle due ossa della gamba. Per quanto fosse stato portato un'ora dopo l'accidente ed in buone condizioni, presentava egli una contrazione talmente violenta e dolorosa, che sarebbe stato impossibile muovere o spostare l'arto per metterlo in un apparecchio. Forse questa contrattura era in rapporto con l'alcoolismo accentuato di questo individuo, che ogni di beveva da 3 a 4 litri di vino, sopportandolo bene. Comunque fosse, Broca ebbs l'idea di comprimere la femorale: quasi immediatamente vi fu un sollievo, poi i muscoli si rilasciarono e si potè facilmente maneggiare l'arto: così fu applicato l'apparecchio ad arto assolutamente indolente.

In seguito si dovette rimuovere l'apparecchio, ed essendosi riprodotta la contrattura, fu di nuovo praticata la compressione sull'arteria con successo ».

Questa compressione però costituisce un mezzo ben dubbio e quasi abbandonato, ed oggi si ricorre all'anestesia generale con l'etere o con il cloroformio, oppure all'estensione continua elastica o con i pesi.

L'auestesia dev'essere adoperata sempre che la riduzione si impone, deve essere spinta fino alla risoluzione completa muscolare e durante la

narcosi si deve immobilizzare l'arto e lo stato anestesico del paziente si deve continuare fino a quando l'apparecchio possa resistere ai movimenti prodotti dalle contrazioni dell' arto fratturato.

In altri casi, e propriamente quando i muscoli sono contratti, ma in minor grado, si può
ricorrere alla trazione continua elastica o con i
pesi, che stancano i muscoli ed entrano in uno
stato di risoluzione, non opponendo più resistenza
alla riduzione dei frammenti. Questo metodo di
cura, d'altronde non è destinato solo alla riduzione,
ma costituisce un eccellente metodo di contenzione
e cura delle fratture.

Infine per prevenire il ritorno dello spasmo muscolare, quando esso è ceduto ad un messo qualunque, è ntile somministrare per alcuni giorani l'oppio od il bromuro, associato al cloralio.

In alcuni casi speciali, però, la riduzione non può ettenessi con i messi esposti, e solo aprendo il focolaio della frattura e con l'intervento diretto sui frammenti si possono evitare le dannose conseguenze di un callo deforme o di una pseudoartrosi.

Una delle condizioni più frequenti, che rende una frattura irreducibile, è l'interposisione di parti molli fra i frammenti: alle volte essi sono poco allontanati fra loro, però il loro immediato contatto è impedito da tessuti molli, come aponevrosi, fascetti di fibre muscolari, tendini: altre volte sono considerevolmente allontanati ed uno od ambo i frammenti possono essere impigliati nelle parti molli, come in una bottoniera. Il Tilla u x, giustamente dà molta importanza alla esistenza di fibre muscolari fra l'estremità ossee fratturate e facili a trovarsi specialmente, in certe ossa lunghe, femore ed omero, i quali sono da ogni parte inguainati da fibre muscolari aderenti alla loro superficie : questa fimbria muscolare agisca non solo come corpo estraneo oppanendosi al contatto immediato fra i due frammenti, ma eziandio, per la sua natura muscolare, determina senza dubbio frequenti contrazioni, che mantengono divaricati i frammenti. Per questo autore è la trasformazione di questo tes. suto muscolare in fibroso, che costituisce una delle frequenti condizioni anatomiche per la pseudoartosi.

In altre fratture esiste nel focolaio della lesione un grande espandimento di sangue, che impedisce l'avvicinamento dei frammanti e disturba il processo di neoformasione del callo;

⁽¹⁾ Dict: encycl. pag. 69, seria 4, t. IV.

per questa speciale sondisione, una cura energica è indicata, e s'impone specialmente quando sull'arto vi esistono delle lesioni di continuo delle parti melli, anche semplici escoriazioni, potendo esse costituire la porta di entrata dei germi infettivi, che arrivati nel focolaio della frattura per le condisioni favorevoli arrecate dal trauma, vi possono far sviluppare un processo settico con grave danno del povero infermo.

L'intervento cruento è richiesto ancora nelle fratture dei capi articolari, ove per peculiari posizione dei frammenti non si può ottenere la ridesione ed anche ottenuta con adatte manovre, lo apostamento si rinnova facilmente: altre volte vi è fratture e lussazione del frammento articolare, che può premere sui tessuti peri-articolari e farne cattivo governo. E se anche da queste fratture si ottenga la riduzione, per averne la consolidazione bisogna condannare l'arto ad una lunga immobilità e giustamente Pfeilscheider nell'undecimo congresso chirurgico tedesco faceva notare « che la lunga immobilità in cui l'arto viene tenuto, conduce si alla guarigione, ma residuando gravi disturbi funsionali dell'articolazione, talora persistenti ».

A proposito di queste speciali fratture, piacemi ricordare un caso felicemente operato dal mio e-gragio collega dottor Nicola Furgiuele (1). Trattavasi di un ragasso di 12 anni che cadde battendo sul suolo con la palma della mano destra a braccio disteso: l'esame obiettivo facea rilovare abdusione discreta del braccio destro, l'avambraccio semiflesso ed in semipronazione, la articolazione del gomito era alquanto deformata nel senso antero-posteriore, notandosi in avanti el all'esterno del messo della piega del gomito ma sporgenza acuminata che sollevava le partimolli soprastanti.

Riportato uno esame particolereggiato sull'articolazione del gomito si rilevava la scomparsa normale dell'epicondilo esterno, il quale era spostato in avanti col suo condilo e minacciava di perforare i tessuti molli, e d'altra parte il radio era lussato in dietro ed in fuori.

Riuscita vana la riduzione sotto il cloroformio, si procedette all'artrotomia e si rinvenne una frattura obliqua dall'alto in basso e da fuori in dentro, cominciava circa un em., al disopra dell'epicondilo ed interessava il suo condilo verso l'attacco alla troclea: il piccolo frammento era Il decorso post-operativo fu normalissimo, tanto che dopo 25 giorni l'Infermo lasciò l'ospedale potendo eseguire tutti i movimenti con l'articolas one del gomito.

Accennate sommariamente le condisioni più frequenti, nelle quali si è obbligati ad un intervento energico sulle fratture sottocutanee, esporrò in un modo conciso i casi clinici da me osservati.

Ostero. I. Giuseppe Nicotera, da Marigliano, di anni 70, riporta, il 28 agosto 1898, fratturo del femore sinistro; gli venne applicato
un apparecchio solido, che rimosso dopo un
mese fe trovare la frattura senza alcun accenno
a neoformazione del callo. Si presenta all'ospedale dei Pellegrini verso i primi giorni di ottobre: si osserva una frattura melto obliqua del
femore sinistro con interposizione di parti molli
fra i frammenti.

Riuscita vana la riduzione sotto la narcosi cloroformica e premurato dallo infermo ad essere operato, che quantunque settantenne, è di forte costituzione, il 9 ottobre, previa la più serupolosa antisepsi ed asepsi si arriva sul focolaio con una incisione esterna e si rinviene fra i frammenti, fuscetti di fibre muscolari, che impedivano il contatto fra i due estremi della leva ossea scontinuata, e costituivano la causa maggiore dell'irreducibilità della frattura. Incies questa fimbria muscolare, mediante le solite manovre di estensione e contro, estensione, si mettono in contatto i frammenti, praticasi un foro col trapano su ciascun frammento, a traverso il quale si passa un filo di ferro sterilizzato, che si attoroiglia dopo averlo fatto girare intorno ai frammenti: sutura dei muscoli e della cute. Decorso asettico ed apirettico : il filo metallico restò incapsalate. Si ottenne un callo solidissimo; l'infermo fu dimesso il 18 gennaio 1894.

Osserv. II.ª—Carmine Pinto, da Gifone, d'anni 40, viene ammesso all'ospedale il 9 settembre 1893 con frattura molto obliqua della tibia destra: esistono, anche in questo infermo, fra i frammenti, parti molli: si cloroformissa e non

rotato intorno al suo asse trasversale e portats in basso ed in avanti, mentre la punta attraversava l'aponevrosi antibrachiale; posizione questa che insieme all'asione dei muscoli epicondilei dava ragione dell'ostacolo alla ridusione incruenta. Si procedette alla sutura ostea non potendo diversamente mantenere in contatto i frammenti, spostandosi, per la obliquità, molto facilmente.

⁽l) N. Furgiuele.—L'osteorrafia nelle fratture irreducibili ed incoercibili, 1898.

とうことできることがあることをあることがあるというできることできることがあるというできることできない。

si può ottenere la riduzione. Il di 11 settembre, due giorni dopo dell'ammissione, si mettono allo scoperto i frammenti, si trovano fra essi lacinie di aponevrosi e fibre muscolari: sutura metallica con filo di ferro. Decorso asettico: il filo metallico restò incluso nella neoformazione del callo; è dimesso guarito il di 11 novembre 1893.

Osserv. III.a—Vincenzo d'Inverno, di anni 50, da Maddaloni, riporta il 28 febbraio 1894 una frattura della tibia sinistra verso il suo terzo inferiore: gli si applicano inutilmente gli apparecchi gessati.

Trascorso più di un mese dall'avvenuta lesione, viene ricevuto all'ospedale e si constata una frattura molto obliqua della tibia sinistra, 3º medio, con nessuno accenno a neoformazione di callo: il contatto immediato tra i frammenti è impedito da tessuti molli.

Egualmente che per i casi precedenti si mettono a nudo le estremità ossee, si reseca la punta di quella superiore, che è molto acuminata e minaccia di perforare la pelle.

Sutura metallica con filo di ferro: decorso normale.

Al 45º giorno dall'atto operativo sulla linea di sutura della pelle, comparisce un bottone di granulazione, che ricopre il filo metallico, che si estrae. L'infermo lascia l'ospedale gnarito alla 65ª giornata.

Ossero. IVa.—Pietro Mortino, da Trani, di anni 15, viene ricoverato il 18 giugno 1894 per frattura della gamba sinistra: il frammento superiore della tibia, molto acuminato, minaccia di perforare la cute; si constata pure frattura del perone, avvenuta circa 8 centim. più sopra di quella della tibia. Con la narcosi cloroformica si tenta inutilmente la riduzione. Come era di necessità, si procede alla sutura della tibia e del perone con fili di ferro: il perone presentava uno spostamento dei frammenti secondo la lunghessa. Decorso post operativo asettico: i fili metallici restano incapsulati; l'infermo è licenziato, perchè guarito, il 9 agosto 1894.

Osserv. V.a.—Francesco Valentino, di anni 28, da Marcianise, presenta una frattura molto o bliqua della tibia nel suo terzo inferiore, irreducibile. Proceduto alla cura cruenta, si trovano parti molli fra i frammenti: allontanamento di questi e resesione della punta del frammento superiore.

Sutura metallica con filo di ferro il 6 giugno 1895: decorso, normale; il filo metallico viene in-

capsulato. Lascia l'ospedale guarito il 21 luglio 1895.

I tre casi che seguono appartengono alla clavicola, la quale più di qualunque altro osso, presenta spostamenti difficili a correggersi, e la deformità, che quasi fatalmente deve seguire alla lesione se è alle volte sopportabile, in altri casi tutto speciali, si è in dovere di intervenire per evitare gravi deformità o rimediare a complicanse della trattura.

(continua)

ISTITUTI MEDICI FRANCESI

Istituto Pasteur di Parigi (prof. Rous). La morva e il farcino

La morva attacca principalmente i cavalli, ma può essere comunicata accidentalmente all' uomo e ad altre specie di animali.

Si designa sotto il nome di «morva» quando attacca gli organi interni, le fosse nasali specialmente, sotto il nome di «farcino» quando attacca unicamente gli organi esterni. Il farcino è dunque una manifestazione cutanea nell'uomo e nel cavallo della morva.

La morva può essere acuta o cronica.

La morva acuta s' accompagna a febbre alta, la temperatura si eleva a 41° e anche a 42°; un liquido sanguinolento scola dalle narici del cavallo. Alle volte si possono scorgere delle pustole sulla mucosa delle narici, specie quando sono situate un pò in avanti, in modo da essere accessibili alla vista, pustole che si trasformano presto in ulcere. Una dispnea notevole, accusa l' invasione della malattia nei polmoni; si producono facilmente dei versamenti pleurali e articolari; la morte sopravviene rapidamente.

La morva cronica è la forma più frequente. Essa è caratterizzata da un decorso continuo, da

ulcerazioni nasali e da adenopatie.

Un liquido muco-purulento scola o da una o da tutte e due le narioi. Si scorgono in queste delle ulcerazioni, come un cancroide, o delle cicatrici stellate per pregresse ulcerazioni; fra le due branche del mascellare inferiore, apparisce una ghiandola dura, senza tendensa a suppurazione.

La presenza di questa ghiandola e quella della cicatrici stellate, ha una importanza considerevole, perchè esse permettono di fare la diagnosi, ancora quando gli altri segni della malattia fanno difetto.

Il farcino può parimenti essere acuto o cronico. Nel cavallo, il farcino acuto, assai raro, si accompagna ad una elevazione considerevole della temperatura, ad un gonfiore brusco di uno degli arti, che scompare presto, e che lascia come dei bottoni, il cui centro si rammollisse, s'ulcera, si formano degli impiagamenti, che estendendosi diventono fagedenici.

Queste piaghe possono essere numerose, i vasi linfatini s' inflammano , l' animale muore rapida-

Però la malattia può retrocedere e passare allo state eropico.

R farcino cronico è contrassegnato dall' apparisjone di una serle di sollevamenti, che si rammolliscono al centro , e lasciano fuoriuscire un liquido vischioso, detto olio del farcino. Queste plearazioni sono il punto di partenza dell'infiammasione dei grossi cordoni linfatiol, che costituiscono le corde farginiche; esse al dirigono verso le ghiandole, che sono dure, tumefatte, sensa tendensa a suppurazione.

Nell' nomo il farcino può essere souto o cronico, ed è caratterizzato, come nel cavallo, dalla linfagioite de' grossi troashi, sui quali si trovano l'alcerazioni.

Il farcino eronico dura lungamente, ed è di una gravessa eccesionale, specie quando si localizza alla faccia.

Le legioni che si riscontrano al tavolo anatomico sono assai caratteristiche.

Nella morva sonta, il polmone è l'organo più alterato; si riscontrano degli infarti, dei nuclei di prenmonite : la cavità pleurica o è pieza di liquido, o presenta delle aderense nella sierosa.

Nell'asino, che facilmente prende questa malattia, la morva, quasi sempre acuta , presenta delle lesioni tipiche,

Mei polmoni si riscontrano, a fianco delle porzioni pervie ancora all'aria, delle parti sollevate prodotte da infarti, a consistenza durissima, che lasciono scolare un liquido purulento. Si riscontrano ancora dei tubercoli disseminati, gialli, trasparenti, contornati da una sona inflammatoria.

Halla forma eronica del cavallo si può seguire

l'evoluzione di questi tubercoli.

Si trovano nel polmone dello masse tubercoiari, assai voluminose, durissime, che rispetto al loro volume, ricordano quello di una noce, di una noce avellana o di un pallino di piombo. I più grossi sono formati da una massa biancastra, rammollita al centro, contornata da una sona fibrosa; i più piccoli hanno il centro parimenti rammollite. Si possono quivi ritrovare tutti i gradi di evoluzione del tubercolo.

Kella merva eronica del cavallo si trovano mila mucosa pituitaria, e qualche volta molto ia alto, sul cornetti, delle ulcerazioni cancriformi, she si possono anche rinvenire nella traches e nei bronchi.

La morva è contagiosissima; essa si trasmette facilmente al cavallo e all'uomo per l'intermediario del liquido nasale, del pus delle ulcerazioni e delle ghiandole. Gli individui che curano i cavalli ammalati, vi vanno specialmente soggetti; essi possono essere facilmente affetti da farcino o da BOTTE,

La morva umana è contrasseguata da ascessi motto-entanei o intra-muscolari, che si aprouo, e lasciano una ulcerazione stazionaria; nello atesso tempo altre ulcerazioni si sviluppano ; la febbre sisvatissima è accompagnata da uno stato gene-

rale molto grave, e la morte sopravviene a capo di qualche giorno.

La morva cronica può durare molti anni.

Nel 1887 Rayer, provò, per messo di inoculazioni, che la morva del cavallo e dell'uomo sono identiche. Sain t Cyr in seguito inoculò la morva del cavallo all'asino, e inversamente.

In seguito s'è peneato di fare la diagnosi della malattia per messo delle inoculazioni, servendosi dell'asino, che è l'animale più sensibile.

Per incoulare l'asino, si tagliano i peli della fronte, si praticano delle scarificazioni, e quando il sangue è cessato di scorrere, ai stropiccia la regione con uno saffo imbevuto di pue morvoso.

Dopo qualche giorno, la temperatura si eleva la regione si gonfie, si formano dei cordoni di linfangioite ed adeniti.

Sul gonfiore appariscono delle ulcerasioni, che

secregano una sostanza purulenta.

L'animale può morire 5 giorni dopo l'inoculasione, ed è raro che resista più di 15 giorni; el troveranzo sempre le lesioni tipiche nel polmoni.

Però non bisogna dimenticare che l'asino

può contrarre la morva cronica.

Arloing, avendo incoulato in un asino del pus sospetto, non ottenne che poca reazione, e ne conchiuse che non aveva inoculato la morva; ma l'animale, essendo stato sacrificato per altra regione, qualche mese dopo, mostrò nei suoi polmoni le lesioni caratteristiche della morva.

Si è cercato di utilizzare il cane per la disgnosi, ma questo animale è molto resistente alla morva, e si presta poco ad essere inoculato.

Le cavie al contrario, possono essere di una grande utilità per la diagnosi rapida di questa infesione, ed ecco come: una delle lesioni caratteristiche della morva del cavallo, specie del cavallo di sangue, é il sarcocele acuto; ora Strauss ha mostrato che l'inoculazione in una cavia maschio, nel peritoneo, di questo liquido, in quattro o cinque giorni, produce alla sua volta un sarsocele souto.

La diagnosi precisa della morva è stata possibile solamente dopo la conoscenza del euo ba-

Bouchard, Capitan, e Charrin, sono stati i primi a ricavare il microbio della morva dai prodotti morvosi provenienti dall'uomo; Schuts e Lo effler ne hanno studiato le proprietà biologiche.

Il bacillo si troya in tutti i prodotti morvosi; nello scolo nasale è raro, ed è riunito ad altri microbi. Colorito col bieu di Loeffler, si mostra sotto forma di bastonoelli, ad estremi arrotondati, senza presentare nulla di ben caratteristico; esso è numerosissimo nel pus degli ascessi gicvani; per ecoprirlo basta fissario e colorario col bleu di Leoffler, con la fucsina di Ziehl o con il bleu di toluidina.

I bacilli sono abbondantissimi nei tagli dei tessuti con lesioni acute, sono più rari e più defficili a trovarsi nelle lesioni croniche.

Si trovano nei tubercoli morvosi, che hanno una grande analogia di struttura con il tubercolo di Koch, ma se ne distinguono per l'assenza di cellule giganti.

Si ottengono facilmente delle culture di questi parasiti, dai tubercoli, ove si trova quasi allo stato di purezza. Si possono ottenere culture innestando in tutti i mezzi, a temperatura di stufa, altrimenti il microrganismo non si sviluppa.

Nel gelosio innestato per strisciamento, si formano delle colonie isolate a forma di piccoli punti

biancastri, poco caratteristici.

Nel brodo alcalino a 87°, lo sviluppo è rapidissimo, il brodo è subito intorbidato, e qualche ammasso si deposita al fondo del tubo; un pò più tardi, alla superficie si forma come un velo, grasso e umido.

Il miglior mezzo liquido per cultura è come per la tubercolosi, il brodo-peptone contenente il

4 % di glicerina.

La cultura sulle patate è tipica; essa prende rapidamente una tinta grigiastra, che diviene in seguito rossa; alla superficie si sviluppano delle strisce, che si cambiano in giallo, poi in cioccolatte; ma perchè questo parasita si sviluppi bene in questo mezzo nutritivo è necessario che le patate non siano acide.

Per essere sicuri e precisi nella diagnosi, non bastono i soli caratteri biologici culturali, è ne-

cessaria l'inoculazione negli animali.

Per questo il processo più rapido è il seguente. Si inocula lo scolo nasale sotto la pelle (e non nel peritoneo, perchè la peritonite potrà produrre la morte dell' animale, prima che si sia sviluppata la morva); si formerà una nodosità nel sito della inoculazione, che si rammollirà subito, e una linfo-adenite; il ganglio affetto estirpato, si diluisce nel brodo, e lo si inietta nel peritoneo di una seconda cavia (maschio); questa presenterà subito una orchite, e morirà prima di quella che era stata inoculata sotto la pelle.

Il coniglio resiste meglio che la cavia; la generalizzazione non si fa che dopo due o tre mesi; alle volte resiste completamente. Il sorcio di campagna piglia facilmente la morva, il sorcio di casa è refrattario. Il cavallo e l'asino sono suscettibilissimi, gli animali carnivori in generale, i felini possono contrarre questa infezione.

Alle volte nei serragli di belve si sono visti dei leoni affetti da morva, i quali l' hanno contratta mangiando della carne di cavalli morvosi.

I cani sono molto refrattari.

Il bacillo della morva è delicatissimo, perde subito la sua virulenza, muore rapidamente nelle culture a capo di 4 a 5 giorni; il calore, gli antisettici, anche bebolissimi, l'uccidono rapidamente: il sublimato al 4 [1000, l'acido fenico al 5 o, il calore a 600.

Si è creduto per lungo tempo che la morva si potesse contrarre per le vie respiratorie, però le ulcerazioni tracheali sono sempre posteriori alle lesioni polmonali. Generalmente i cavalli sono infetti dalle spugne che si sono impiegate a pulire le narici e il naso di altri animali morvosi; lo scolo nasale delle bestie morvose è capace di inquinare l'acqua e gli alimenti. L'esperienze di Nocard hanno ancora dimostrato che la morva

si può inoculare per il tubo digestivo negli abbeveratoi.

Il virus morvoso, abbiamo detto, si attenua facilmente; per rinvigorire la sua virulenza, bisogna praticare dei passaggi successivi da animali ad animale.

Protsopopoff ha dimestrato che, con dei passaggi da coniglio a coniglio, si ottiene un virus che uccide il coniglio in due giorni, impiegando una o due gocca di soluzione di cultura in brodo.

Si può ottenere l'immunità negli animali contro la morva? Strauss inietta nei cani delle culture antiche; essi si ammalano, ma guariscono subito, si possono allora inoculare per la via venosa senza pericolo di morte. Finger con le sue esperienze ha dimostrato, che nei conigli si può ottenero con inoculazioni successive, una abitudine al virus.

Zakharoff e Lee confermano gli studi di Finger.

In una parola, non si è riusciti ancora a conferire l'immunità agli animali, ma si è riusciti ad aumentare la loro resistenza.

Il bacillo della morva elabora delle tossine; difatti, il prodotto di una cultura ipervirulenta in un mezzo solido, raschiato, diluito in acqua e riscaldato a 60°, è micidialissimo. Questo prodotto è la malleina, che ha delle proprietà analoghe alla tubercolina. La malleina, iniettata in un animale morvoso, produce una reazione caratteristica; questa reazione consiste in un edema localizzato, considerevole, duro e doloroso, e in una elevazione termica; essa è preziosa per la diagnesi precoce della morva latente. Un quarto di centimetro cubico è sufficiente per produrre una reazione; la temperatura si eleva 8 o 10 ore dopo l'iniezione.

La sostanza chimica contenuta nella malleina è poco conosciuta; le sue proprietà sono analoghe a quelle della tubercolina; resiste alla ebollizione, alle temperature elevate in presenza di glicerina; unita a questa essa si conserva lungamente inalterata, si può prepararla facendo digerire i bacilli morvosi nella glicerina (L'Independence mèdicale, n. 51, 1896).

PRATICA PEDIATRICA

Morbo di Hedgkin e tubercelesi in un bambine. Cattaneo.— In una recente pubblicazione, Cervesato ha dimostrato, come il concetto patologico del morbo di Hodgkin, o pseudoleucemia, sia ancora oscuro.

La scuela tedesca ha riunito in un sol gruppo l'anemia splenica infantile e la pseudoleucemia; mentre la scuola di Napoli si è opposta, facendo delle 2 malattie una sola entità morbosa.

Cervesato, discutendo quanto sulla pseudoleucemia infantile hanno scritto Birsch-Hirschfeld, Vogel, Biedert, Henoch, Baginsky Ashby, dimostra che per morbo di Holgkin devesi intendere «una pseudoleucemia ganglionae re, o linfatica una forma morbosa in oui si os- serva prevalentemente iperplasia delle ghiandole; « linfatiche con anemia progressiva e sensa au-· mento notevole dei globuli bianchi, ed in cui e la iperplasia epienies sarebbe un fatto non co-« stante ed in ogni caso secondario »

Secondo Cervesato, precisato così il concetto patologico del merbo di Hodkin, si deve ritenere questo come una forma morbosa non fre-

quente nell'età infantile.

Robin, Landet e Potain, ritengono che si tratti di una produzione di linfomi.

Virchow invece ritiene si tratti di linfo-

Però Dreschfeld e Kundrat, in opposisione a Virchow, hanno fatto della linfo-sarsomatosi una malattia a sè, che si avvicina alla pseudo-leucemia e alla leucemia, ma che zi diffemusis da queste, per la mancanza di alterazioni del sangue.

Circa all'etiologia, So m m a dava grande im-

portanza alla cattiva alimentazione.

Per Wunderlich, Trousseau, Jaccoud, si tratta di una diatesi linfogena.

Una serie di autori nega alla pecudo-leucemia

una entità propria.

Som m a la crede una varietà della leucemia; altri vogilono she sesa sia non una forma morbosa a sè, ma un diverso modo di manifestarsi di altre malattie, come il rachitismo, la sifilide congenita, la malaria, la degenerazione amiloide e specialmente la tubercolosi,

Ed in vero, i casi di concomitanza della pseudo-leucemia con la tubercolosi, sono stati frequentemente osservati da Brentano, Tangel, Wat-

soldt, Askanacy.

Il caso di Brentano e Tangel è interessante, perché, nelle glandule mesenteriche, mediastiniche e retroperitoneali non in riscontrata, macroscopicamente nè microscopicamente alcuna traccia di tubercoli ne bacilli tubercolari; però con l'inoculazione nel peritoneo di cavia, di un pessettino di ghiandola tumefatta, si ottennero das ulcere tubercolari nel tenue, e tubercoli nel

Bibbert, Watsoldt, Fraenkel e Troie ammettono anch'essi la possibilità che una parte

dalla infesione tubercolare.

dal voler generalizzare il fatto, e riportare alla tubercolosi tutti i casi di pseudo-leucemia.

Majouchi e Picchini, Maffucci, Hawelke, Roux e Lannois, Klein e melti altri, hanno trovato nella pseudo-leucemia vari mierorganismi (streptococchi, stafilococchi, basilli di varia forma, il micrococco tetrageno).

Fede e Guida hanno trovato in un bambino isucemico, un microrganismo che ritengono non sia altro se non il proteus vulgaris.

La conclusione, si è, one la exiologia della pseu-do-leucemia è ancora da farsi con sicuressa e la questione si dibatte fra queste due formule : la l 🗱 morbosa (Mensi); la pseudo-leucemia è la può nascere purulenta,

maschera posta su altre malattie e specialmente la tubercolosi (Teissier)

L'autore riporta la storia clinica di un soggetto con la relativa necroscopia, e ne conclude, che il suo caso presenta delle note che potrebbero servire a sostegno di tutte la varie opinioni sulla

etiologia della pseudo-leucemia.

I fatti di rachitismo, la concomitanza della tubercolosi, le alterazioni riscentrate alla sezione, i reperti bacillari, mostrano come questo sia analogo a quello citato da Brentano e Tangel, cioè di una pseudo-leucemia che è la espressione di una tubercolosi gia esistente.

Vajana

Lo plauriti purulente della Infanzia. Deguy. -Boncour, che ha avuto agio di osservare diversi pleuritiel, crede di poter concludere in generale: che spesso le pieuriti sieroge passano inosservate nei fanciulli e che le pneumoniti dell'infansia si ascompagnano a infiammasioni pleurali.

Nel corso di un anno, cercando sistematicamente i casi di versamento pleurale, Boncour ha potuto osservare 12 casi di pleuriti sierose, accompagnate o succedute a preumoniti; 16 pleuriti sierose con sintomi appressabili, tanto da poteral diagnosticare rapidamente; 5 pleuriti puralente; 6 pleuriti sierose latenti.

Ma sopratutto per l'empiema infantile, crede che la proporzione delle pleuriti paralente in rapporto a quelle sierose, sia meno spiccata di quello

che generalmente si ammette.

Le cause che originano le pleuriti puralente, sono numerose.

Jenner, invoca la tubercolosi; Cadet, il debilitamento; Bonconr ritiene, che la pneumonite e la bronco-pasumonite prima, e le malattie infettivo poi, sieno le cause della purulenza dei versamenti.

Vi sono certe infesioni, la scarlattina fra le altre, che possono produrre l'empiema, sensa che l'agente provenga dal polmone.

Sono state notate altre cause che favoriscono

la comparsa dell'empiema.

Cusi, le affezioni ceses della cassa toracica, le suppurazioni del fegato, le appendiciti, la peritidei casi di pseudo-leucemia possa essere data flite (Wolbrecht), un'artrite suppurata del piede (Koplik), la suppurazione dei gangli lin-Dal resto tutti questi autori sono ben lontani fatici (Finkelstein), la difcerite (Petit e Boncour).

> Circa all'età, la pleurite purulenta può attaccare tutti, però diminuisce la frequenza col numero

degli anni,

La maseima frequenza è a 4 anni; si osserva pure presso i fanciulli più piocoli, e anche nei lattanti (Bouver et).

Più della metà di queste pleuriti purulente, si debbono a pneumosocchi, i quali a volte possono determinare di botto una plequite purnienta, senza che vi sia stata precedentemente pneumonite.

La pleurite purulenta infantile può capitare nel corso di una lesione polmonare, o seguire questa pieudo-leucemia è una malattia a sè, una vera en - lesiono o succedere a une pleurite siercea, ovvero

tili presentano particolarità interessanti.

L'ispesione ci da la deformazione toracica, meglio che negli adulti; immobilità degli spasi intercostali; accentuazione dei movimenti del diaframma; diapnea rilevantissima.

L'assenza del murmure vescicolare, non è per

Cadet, un segno costante.

La risoluzione del versamento purulento é pos-

Bibile (Netter, Israel).

La vomica è rarissima, però presenta questa particolarità curiosa: dopo di questa vomica, la tosse prende, secondo Boncour, un carattere capriccioso e convulsivo, con tendenza a una serie di espirazioni convulsive.

La vomica può passare inosservata, sopratutto se avviene di notte. Il pus può farsi strada a traverso la parete toracica o raccogliersi in una regione vicina; ma ciò avviene raramente (Journal des praticiens, n. 51, 1896).

Vajana

PRATICA DELLA SEMIOLOGIA

Semiologia del contenute urobilinico dell'intestino. A. Riva —It contenute urobilinice dell'intestine è, in condizioni normali in quantità assai notevole, ma sinora non è stata determinata questa quantità, il che sarebbe importante per avere un punto di confronto preciso a studi comparativi. L'autore in questi ultimi tempi, compreso dell'interesse che tali ricerche potrebbero avere per la fisiologia e per la clinica, ha fatto alcuni tentativi di determinazione quantitativa col metodo delle diluisioni, avende cura di usare per l'osservazione spettroscopica, sempre lo stesso spessore e di mettersi sempre nelle steese condizioni di osservazione.

L'autore ha impiegato il seguente processo: 5 gr. di fecce fresche si stemperano in 10 gr. di cloroformio - si decanta e si filtra, si acidifica il solvente con una goccia di acido nitrico-nitroso e si diluisce con alcool, gr. 6, per avere, ad un centimetro di spessore, una linea appena visibile fra d ed F della urobilina,

Dalle ricerche fatte dall'autore risulta, che il contenuto urobilinico intestinale, anche in condisioni normali, è assai forte e varia notevolmente di giorno in giorno fra limiti molto estesi. Queata variazione nel contenuto urobilinico dell' intestino non sorprende, qualora si rifletta che la varia alimentazione, il vario lavoro, il vario ambiente in cui si vive, lo stesso vario stato d'animo, contribuisce a far variare quantitativamente e forse qualitativamente l'attività del fegato.

In condizioni morbose, sono però queste variazioni enormemente maggiori. Si va dalla mancansa quasi assoluta alla presenza di quantità grandissime.

In condizioni patologiche la urobilina può scomparire dall' intestino del tutto in due soli casi, nella chiusura veramente completa del coledoco mento dell'arobilina è costituito dalle condisioni

Dal punto di vista clinico, gli empiemi infan- e nell'avvelenamento grave per fosforo. Ma il giudicare della occlusione del coledoco dal colorito highestro o bianco delle fecce (fecce cosi dette accliche) à grossolano errore, perche feces veramente acoliche non esistono avendo le osservazioni dell'autore condotto ad ammettere, che questo fatto è veramente raro a verificarsi, perchè nelle fecce acoliche ha trovato egli sempre urobilina, la quale, sebbene in piecela quantità, arriva sempre all' intestino per la via delle secrezioni e transudazioni intestinali.

L'autore crede quindi conforme ai vero l'ipotesi di Jaksch, che le fecce acoliche debbano in parte il loro scoloramento a mancanza di probilina colorata e predominio del aromogeno.

Dalle ricerche dell' autore risulta che normalmente il leuco-prodotto prodomina notevolmente sul prodotto colorato nella dieta lattea ed in alcuni casi patologici esiste da solo o quasi da solo.

Jaksch ammette ancora, che le fecce scolorate possono averei per formasione di prodotti incolori di scomposizione della bilirubina, ma l'autore ritiene non ancora risolto il problema , tanto più che ulteriori ricerche dell'autore hanno dimostrato, che, sotto l'azione di agenti ossidanti, si può passare dalla bilirubina ad un corpo, che ha tutte le proprietà del pigmento giallo dell'urine.

In un caso di avvelenamento da fosforo notò l'autore la perfetta corrispondenza fra il modo di comportarsi dell'arobilina intestinale ed arinaria, corrispondenza che depone senz'altro per la teoria intestinale dell'urobilinuria e contro l'errore di ritenere acoliche le fecce bianche, le quali, nonostante il loro scoloramento, contengono sempre dei derivati della bile, specie il cromogeno dell'urobiliua, e questo scoloramento è soltanto devoluto alla prevalenza, o meglio abbondanza, di grasso nelle fecce.

L'autore ritiene, che come nell'urina, così anche nell'intestino, scarsa debba essere la presenza dell'urobilina nel casi di degenerazione amiloide e grassa del fegato, benchè in quest'ultima si ritenga universalmente, che si abbia forte urobilinuria. Nelle malattie renali croniche, le quali sono notoriamente accompagnate da gravi disturbi del ricambio organico e della funzione epatica, la urobilina scarseggia, mentre nelle forme acute può mantenersi rilevante; ma è certo che nel rene cardiaco, tanto la urobilinuria quanto la bilinia intestinale sono sempre considerevoli.

Anche numerosi sono i casi, in cui l'urobilina intestinale aumenta, e tale aumento è in certo modo proporzionale alla distruzione globulare. Tutte le esperienze e le osservazioni fatte per mettere in evidenza la relazione fra l'emolisi e la urobilinuria, possono ben ripetersi per i rapporti fra l'emolisi stessa e l'enterobllina, in quanto che dalle ricerche dell'autore è dimostrate bene, che all'iperbilinia urinaria precede l' iperbilinia intestinale e che quella è legata a queeta, in altri termini si ha la seguente catena di fatti: emolisi, pleiocromia biliare, iperbilinia intestinale, urobilinuria. Un altro fattoro dell' audella cellula spatica, che sotto l'influenza di diverse cause morbigene facilmente si modifica; allera devono logicamente aversi varianti nella qualità del suo prodotto di secresione biliare e diversa attitudine della cellula a produrre urobilina, force dipendents dalla presenza o no di alsuni elementi nella bile, che ne favorissono od ostacolano chimicamente la trasformazione in urobilina.

Secondo le osservazioni dell'autore l'urobilina aumenta mella quartana doppia, nello scorbuto, mell'itterizia da plejecromia per infesione malarica, nell'anemia grave da emolisi esagerata.

L'autore accenna al campo veramente fecondo delle ricerche semiclogiche del contenuto urobilinico dell' intestino nelle maiattie di fegato, in sui egli ricorda, che alla diminusione più o meno forte dell'enterobilinia segue la stercoenterobilinia nell'aprirsi anche molto parsialmente le vie biliari, e questo malgrado che le fecce siano bianche e l'itterisia non accenni a diminuire.

In un caso d'itterizia l'autore notò che le fecce contenevano un cromogeno, che colorava in resso-ciliegia il solvente con l'aggiunta di una goccia di acido nitrico - nitroso. Nell'epatite interstisiale e nal canaro del fegato aumentava la urobilina nell'orina e nelle fecce.

L'autore, pur ritenendo che i fatti esposti fossero pochi, crede pure essere abbastanza addimostrata l'importanza dell'argomento e la necessità di studi ulteriori sul medesimo (Archiv. italiano di Chinica medica, Puntata III, 1896).

Scaglioni

SPOGLIO DEI PERIODICI GERMANICI

«Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 51, 1896».

1. Ulteriori ricerche sulla cura della differite colsiero Behring.—Ham mer riferisce i risultati ottenuti dalla sieroterapia nella Clinica pediatrica di Heidalbrg, diretta dal Vierordt. Si ebbero in cura 112 tambini con 17 casi di morte. Le conclusioni ultime dell'autore sono che il siero anti-differico non perta con se alcun pericolo, che ad esso è dovuto il notevole abbassamento della mortalità per differite e che per ciò il suo uso merita di essere generalissato.

A Sulla supposta tossicità degli enzimi. — C. Fermi in precedenti lavori ha dimostrato che la pepsina, la tripsina, la ptialina, ecc., sterilizzate, non hanno proprietà tossiche. Intanto ultimamente il Kion ka la cerento di provare la tossicità dei fermenti. Alle omervazioni di questo autore il Fermi fa alcune phissioni.

B. Risposta all' articolo di Fermi: « Sulla suppota tomicità degli ensimi ».—H. Kionka.

4. Risultati e principi fondamentali dell' esercizio nella cura dell'atassia tabica. Frenkel. — Nelle forme gravi di tabe, la ginnastica medica non ha aluna influenza favorevole sui sintomi cardinali della
malattia; nelle forme di media gravezza da invece rimitati buoni e relativamente rapidi. Questo miglioramento, quando la malattia ha un carattere stasio-

nario, può durare lungo tempo. Assointamente controindicata è la ginnastica medica nei casi di tabe in cui l'atassia si è manifestata in forma acuta o subscuta con gravi fenomeni di stimulazione da parte del midollo spinale e delle radici spinali, con dolori, iperestesia, disturbi vescicali, ecc. Inoltre è controindicata nei casi cronici, in cui dominano i sintomi di meningite spinale. Controindicasioni relative sono i visi di cuore e le gravi artropatie. Inutile è la ginnastica medica nelle solerosi combinate del sistema nervoso centrale.

5. Sul sintoma dell'ulnare negli alienati. H. H e s s.—Fra 417 tabici e paralitici, 279 presentarono l'analgesia dell'ulnare, cessa il 66,9%. Di 864 paralitici, 248, jossia il 70% avevano l'analgesia dell'ulnare. Divisi per sesso i malati ceservati, di 238 nomini 171', cessa il 78,7%, non presentarono il fenomeno dell'ulnare, e di 71 donne 81, cessa il 48,7%, non lo presentavano. Per lo autore il sintoma dell'ulnare merita di essere riguardato come un segno della demenza paralitica.

Fra le donn paralitiche il sintoma dell'ulnare esisteva nel 48,7% dei casi, nelle non paralitiche nel 10% dell'ulnare esisteva nel trae la conchiusione che nella paralisi progressiva delle donne l'analgesia dell'ulnare è un sintoma importante, quantunque si presenti appena nella metà dei casi.

La sede del fenomeno non ci è ancora nota; però tutti gli autori suppongono che essa dipenda da una causa organica centrale.

6 Comunicazioni fisico-chimiche. — R. L o e w e nh e r z si occupa in questo articolo dell'abbassamento del punto di congelazione dei liquidi per dimostrare da un lato che com sia la Chimica fisica, e dall'altra parte per render noto ai lettori un campo interessante di questa scienza.

De Grama

FORMULARIO

107.733480//bz/2//802/et

Per la litical biliere.

Dunin consiglia il joduro di potassio negli intervalli degli accessi e sopratutto negli ammalati in cui esiste dolorabità persistente della regione epatica:

Joduro di potassio gr. 20 Acqua distillata > 800

Cominciare con un cucchiaio da caffé ogni giorno e aumentare progressivamente, sensa però sorpassare 8 cucchiai da caffè per giorno.

Centre le motrorragie

Ergotinina centigr. 20
Acqua di lauro ceraso gr. 10
Alcool « 2

Acqua distillata sterilissata q. b. per fare g. 100 di soluzione.

Nelle 24 ore, il quarto o la metà d'una siringa da i grammo.

NECROLOGIO

Prof. LUIGI CALORI

Il 19 dell'ora decorso decembre, è morto a Bologna, all'età di 90 anni, il Prof. Luigi Calori.

Nacque s S. Piero in Casale nel 1807. Suo padre Francesco, egregio medico, volle avviarlo allo studio della medicina, in oni ben presto si distinse.

Laurentosi nel 1827, fu nominato nel 1880 condintore alla Cattedra di Anatomia umana; nel 1885 fu chiamato ad insegnare l'anatomia pittorica e nel 1844 ebbe affidata la Cattedra di anatomia umana, che agli mantenne gloriosamente fino alla morte.

Numerosissimi e molto pregiati sono i suoi lavori; insuperabili le tavole di anatomia, insigne monumento d'arte e di scienza nazionale.

Il Calori non solo fu scienziato, ma anche letterato ed artista illustre.

Le sue opere souo notevoli per l'eleganza e per la purezza del linguaggio e dello stile.

Era amoroso con tutti, specialmente poi con i suci abievi, di cui parecchi sono arrivati a grande fama; fra costoro basta citare Pietro Loreta, uno dei più celebri chirurgi italiani, la cui immatura perdita era sempre compiante dal vecchio maestro, come quella di un figlio.

Era insignito da varie onorificense; era cavaliere e commendatore della Corona d'Italia e dell'Ordine dei ES. Maurisio e Laszaro, cavaliere del Guadalupo nel Messico e cavaliere dell'Ordine civile di Savoia.

Fu più volte rettore dell'Università di Bologna e Preside della Facoltà di Medicina; era socio di quasi tutte le Aguademie scientifiche nazionali ed estere.

Nel 1884 si festeggiò il ano giubileo accademico ed il Loreta ne fece l'elegio.

Green

Prof. GIUSEPPE MANDRUZZA

È morto a Perugia il Prof. Gi use ppe Mandrus. Ea, Direttore di quell'Istituto di Maternità e della annessa sonola di ostetricia per le levatrici; fu per lungo tempo Preside di quella Facoltà Medica.

CONCORSI

Messina (Ospedale Civico). — Concorso per Medico primurio Scadenza 15 gennaio 1897.

Concorso per un manuale d'égiene.

La R. Società Italiana d'Igiene ha indetto un concorso esteso a tutta l'Italia, di lire 500, che verra confarito a chi presenterà il migliore « Manuale d'Igiene pei contadini ».

Il concorso è regolato dalle seguenti norme:

- a) Il manuale dovrà essere redatto in forma tale da essere facilmente capito dalla classe, al miglioramento della quale è destinato;
- b) non è segnata alcuna limitazione nello sviluppo del manuale, potendo questo trattare una, più e tutte le parti riguardanti l'igiene rurale;
- o) i concorrenti devono presentare il loro lavoro contraddistinguendolo da un motto, ripetuto sopra una busta chiusa, nell'interno della quale si dovrà trovare nome, cognome ed indirisso del concorrente;
- d) la Commissione giudicatrice del premio dovrà essere nominata dal Consiglio direttivo della « B. Società italiana d'Igiene, risiedente in Milano;
- e) i lavori devono essere inviati al signor Presidente della E. siocietà Italiana d'Igiene (Via Ciercoi 5, Milano) in piego chiuso e raccomandato, ovvero devono essere recapitati a messo di persona di fiduoia;
- f) il concorso si chiude al 80 settembre 1897. Per eventuali schiarimenti dirigersi alla Presidenza della Società (Via Clerici 5, Milano).

Concorso al premio Cagnola in Milano.

È indetto il concorso al premio di Fondazione Cagnola da conferirsi dall'Istituto Lombardo di Scienza e Lettere. Il tema per il 1897 proposto dal Prof. Sa ugalli è il seguente: Quale influenza la dottrina della prolificazione delle cellule fuori norma abbia esercitato sulla patologia dell'uomo: quale sia quella dei microbi patogeni.

Riscontro delle due dottrine con altre antiche. Vantaggi d'ambedue nella cura delle umane infermità.

Il premio per la memoria che sarà giudicata migliore è di lire 2500 e di una medaglia d'oro del valore di lire 500.

Le memorie dei singoli autori dovranno essere presentate alla Segreteria dell'Istituto L mbardo di Scienze e Lettere in Milano (palauso Brera) non più tardi del 80 aprile 1297.

Le memorie non porteranno il nome dell'autore, il quale dovrà esporre invece le sue generalità in una busta suggellata, e la memoria sarà controdistinta con un motto.

Redatters responsabile: Dott: HUGD NACC-ARONE

Tipografia della Riforma Medica

Source: -1. Riviste sintetiche. Il meningismo nell'infuione pneumococchica. - 2. Layori originali, Ospedaledei Peliegrini in Napoli.—Aloune considerazioni su trentasette casi disuture cesso, pel dott. Francesco Serrentino, chirurgo ordinario. - 8. Le Cliniche francesi. Clinica chirurgica di Parigi (prof. Terrier). Le pneumectomis.-4. Pratica della diagnostica.—5. Attualità terapiche.—6. Note di semiologia, 7. Pratica chirurgica. — 8. Spoglio dei periodici.

RIVISTE SINTETICHE

و يوني بين أوا أوا أوا ألي الترايين الأرابي الأرابي الأرابي الأرابي الأرابي الأرابي

il meningismo nell'infezione pneumococchica.

Silo in questi ultimi tempi sono stati additati distarbi del sistema nervoso, di varia nature, nella posumonite crupale, che oggi è considerata come localismanione di una infesione generale.

Dei disturbi nervosi nel corso dell'infezione dipleccechica si sono occupati vari autori; così Lé pine constatò l'emiplegia pneumonica; Macario, Gubler e Charcot accennarono alla paralisi con afasia; Carre e poi Roudot pubblicarono un caso di afasia con emiplogia,

Un sitro caso di afasia venne pubblicato da Halameyer e nel 1886 Strampeli notò il fatto di reperti negativi all' autopsia, con segni di meningite in vita. Stephan, in un tempo vicinissimo a noi, nel 1889, diede alla luce un lavoro sulle paralisi pneumoniche. Belfanti nel 1890 rilevò chiari segni di meningite in vita nella intralone diplococchica dell'uomo, con reperto negativo alla sezione, nel cervello e nelle meningi a fa il primo a ritenere responsabili di questi disturbi le tossine mierobiche. Questa teoria, che anche confortata dalle ricerche sulla tossicità delle urine pneumoniche, fatte da Lépine e Guerin e dai lavori di Boger e Gaume, fu convalidata sperimentalmente da Gleye Charria el accettata da Boulay e da Hutinel. Cui di paralisi pneumoniche furono anche pubblicati da Boullochee Rendu, Massalongo e Benatelli e Claisse, e casi di afasia farone comunicati da Mouisset e Bouisson. che accettarono la teoria di Chantemesse. Grasse t comunicò un caso di pecudo-meningite Phenmonies.

Più tardi Duprè denominò i disturbi nervosi relia pueumonite col termine di meningismo, che renna accettato da Hutinel nel 1895. Bossolo, al Congresso internazionale di Roma lesse un lavoro sui disturbi nervosi nelle pneumoniti

con la puntura di Quincke e coll'esame del sangue; nel 1895 egli ritornò a descrivere la paralisi ed il delirio degli pneumonici. Questi disturbi nervosi forono sperimentalmente constatati da Bollet e Lebou, Paesler, eda Roger e

Oltre che nella pneumonite, sono stati riscontrati disturbi nervosi nel corso di malattie infattive, con reperto anatomico negativo (Grasset, Kranahla, Levėque, Pfuhle Walter, Brougrdel e Hanot, Galavielle, Villard, Tomaselli, Holdheim, Hutinel e Rommel

Ultimamente, Ferraro Dante comunicò tre casi di meningiamo nell' infesione diplococchica, in oni il liquido cefalo-rachidiano estratto con la puntura alia Quincke riuscisterile sia in culture, che per iniezioni negli animali.

Riguardo al sintomi con cui il sistema nervoso risente l'influenza del diplococco, sono da notare il delirio, le paralisi circoscritte, le paralisi diffuse, le paraplegie ed i fatti irritativi.

Il delirio si ha spesso nei vecchi e negli alcoolisti ; presentasi nell' aome o nella defervescenza e d'ordinario è poso intengo; talora invece è violento, attivo. Esso termine in poshi giorni od è sostituito dal coma.

Le paralisi circoscritte consistono in monopiegie, emiplegie con paralisi del facciale od afasia passeggiera (Balser, Bouisson, Carre, Hülsmeyer, Boulloche), Esse ora sono precedute da vertigine , formicollo ed intorp d.mento, ora invece insorgono d'emblée (forma fulminea di Bossolo).

Le paralisi diffuse e le paraplegie sono rare, ed insorgono prima che la infesione si foase manifestata; talora invece dopo (paralisi tardive postpneumoniche). Secondo la sede delle paralisi, vari sono i disturbi (ambliopia, diplopia, miosi, anisocoria, strabismo, deviazione dei muscoli della faccia , della lingua, del velopendolo); alla volte si possono notare anche alterasioni nel ritmo del respiro (Ferrero Dante-, «Arch. ital. di clinica medica . 1898).

I fatti irritativi consistono in contratture, spaami muscolari alla nuca, rachialgia, opiatotono " tremore del denti e convulsioni ripetute alternate con connoienza.

Riguardo alla patogenesi del meningismo nell'infesione diplococchica, varie sono le teorie. Vulpian ritiene, che il meningismo sia dovuto ad una anemia riflessa del centro nervoso, Sa-• Propose, nei casi difficili, di fare la diagnosi lomon accetta quale causa un riflesso inibitorio

partente dalla plenra. Liebermeister crele, che i disturbi nervosi dipendano dall'elevata temperatura come nel tifo; Lépine, invece, li spiega con ischemia nel cervello prodotta dall'ateromasia, così comune nei vecchi; Strauss ne fa responsabile un rammollimento cerebrale non provato anatomicamente e Popoff un ingorgo linfatico perivasale. Buhl, Hoffmann e Grasset, credono si tratti di una congestione iperemica; Chantemesse e Bouisson di una ischemia spasmodica dell'arteria cerebrale media e silviana dovuta all'asione delle tossine. Boulloche, Rendu e Gilles de la Tourette, dicono, che tutte queste forme sono isteriche. Huti nel infine mette ogni causa nelle tossine.

La teoria, che la sindrome meningitica fosse dovuta all'azione delle tossine, è poggiata su ricerche sperimentali.

La localizzazione dell' infesione alle meningi è state provato, che avviene per una vera setticoemia, poichè il diplocosco è stato trovato nel sangue da Friedländer, Talamon, Netter, Ortemberg, Belfanti, Lucatello, Bivolta, Pernice, Banti, Casati, Bozzolo, Malenchini, Silvestrini, Righie Vincenzi; nelle orine da Righi e Silvestrini, nel latte da Bozzolo, Foà, Pinard e negli ascessi consecutivi ad inicsioni fatte durante la malattia (Zuber, Mery, Guinon, Mercandino, Cantù).

Oggi la puntura di Quincke, se riesce positiva, facilità in modo straordinario la diagnosi, ed il risultato negativo dell'esame batteriologico del liquido è un criterio per escludere una infiammazione delle meningi.

I sintomi di meningismo indicano sempre una speciale vulnerabilità nervosa, ma non ci abilitano a stabilire una prognosi infausta, come nel caso di meningite. L'alcalescensa del sangue (Fodor, Zagari ed Innocente, Calabrese) e la leucceitosi (Tchistovich, Jaksch, Risso) forse sono un buon segno.

La terapia migliore sarebbe la sieroterapia, il far eliminare le tossine per gli emundoi naturali, e la cura sintomatica delle sofferenze del sistema nervoso.

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEL PELLEGRIEI IN NAPOLI.—ALCUNE CON-SIDERAZIONI SU TRENTASETTE CASI DI SU TURA OSSEA, pel dottor F e a e ce s co Sor e e e T i e o chirurgo ordinario.

(Contin. Vedi n. pres.).

Ossero. VI.ª—Ernesto Baleno, di anni 44, da Napoli, viene ricevuto all'ospedale il giorno 8 febbraio 1898, con frattura del terzo esterno della clavicola sinistra, simulante in sulle prime una lussazione acromiale: la frattura è complicata ad un vasto ecchimoma della regione sopraclavicolare tanto da avere un diguazzamento dei frammenti.

Come ho accennato innanzi, una delle condizioni per cui è richiesto l'intervento attivo nella frattura irreducibile, è l'enorme quantità di sangue nel focolaio, e nel caso speciale questa frattura della clavicola reclamava una cura attiva anche per l'obliquità sua. L'obliquità poi della frattura con notevole dislocatio ad longitudinem; le fratture comminutive e con schegge libere e spostate ed infine quando uno dei frammenti minacciasse la perforazione dei comuni integumenti, sono le alterazioni anatomiche più comuni che reclamano una cura energica nella frattura della clavicola.

Nell' infermo un intervento attivo era consigliato e dalla speciale frattura e dalla raccolta sanguigna considerevole nel focolaio della frattura medesima.

Il 21 febbraio si mette allo scoperto la frattura, si deterge del sangue, in parte liquido ed in parte coagulato e si sutura la clavicola con filo metallico rimettendo in normale posizione i due frammenti spostati. Decorso normale. L'infermo è dimesso il 31 marzo 1893.

Osserv. VII.^a — Antonio Marotta, di anni 23, da Limatola (Benevento), è ricevuto il di 8 aprile 1898 con frattura della clavicola destra al 30 medio.

Il frammento interno era così acuminato che faceva temere una perforazione delle parti molli. Biusciti vani i tentativi di riduzione, si procede il I2 aprile alla sutura metallica resecando l'estremità del frammento interno molto aputa. Biunione della ferita per primam: l'infermo abbandona l'ospedale, guarito, il giorno 8 maggio 1898.

Ossero. VIII.—Luigi Accetta, di anni 15, da. S. Sebastiano entra nell'ospedale il 18 fabbrajo 1894 per frattura della clavicola destra al 80 esterno, che egualmente al caso precedente è molto obliqua ed uno dei frammenti era quasi rissoito a perforare la pelle.

Setura metallica dopo regolarizzati gli estreni dei frammenti. Viene licensiato il 22 aprile

In tutti questi casi di frattura della clavicia si sono adoperati sottili fili di ferro per la sutera ed in tutti e tre si è ottenuta la guarigione per prima intenzione con incapsulamento dei fili metallici.

Frathere seposte.-La cura delle fratture esposte si compendia nella disinfesione più accurate del focciaio della lesione a delle vicinanze, previa incisione delle parti molli, nella rimozione di corpi estranei, capitati nel momento dell' accidente e delle schegge ossee rese libere, nell'impedire she nel focolaio della frattura si accumulassero secreti, saffando con garsa a terile o disinfettata ogni spasio oreato in messo ai tessuti dal trauma o fognando le località in parola. In alcuni casi tutto ciò non è sufficiente: l'agente fratturante la prodotto tale uno spostamento o una distruzione cessea che per nulla è possibile mantenere ridotta la frattura. È in questi infermi, che cosere completare la cura mercè una sutura osme l'a questa parte del lavoro si comprendono i casi di fratture esposte recenti e quelle avvesute in un'epoca più o meno remota.

Pratture capoeta recenti.

Osserv. IX. - Angelo Manfredonia , di anni 43, da Sarno, è ammesso il di 8 maggio 1892, per frattura esposta e comminuta della gemba destre, terso superiore, prodotta d'arma da fuoso son forame di entrata alla regione antero-interna. La lesione interessando gravemente le oma e tessuti molli, la cura apprestata appena giunto consistette nel liberare il focolsio della frattura dalle schegge completamente distaccate, dalla carica e dai brandelli di abiti, previa di hturione della ferita dei tessuti molli. Malgrado ls più accurata disinfezione non potette evitarei un processo suppurativo localizzato, con distacco di tessuti necrotici delle parti. Superata questa complicanza; il 29 luglio si fu obbligati di suturare le cesa scontinuate, essendo impossibile mantenerle in contatto diversamente: in quell'epoes, sia i tessuti molli, come l'estremità dei frammenti si mostrarono ricoperti di buone granulazioni: la sutura si esegui sulla tibia e sul pe-Ione regolarizzando prima le superficie che dovonno concre riunite dal filo metallico, di ferro.

Anche le parti molli furono raschiate ed i margini recentati, suturandoli con fili di seta disinfettata. Alla 40° giornata comparisce sulla linea di sutura de'la pelle uno estremo del filo metallico, ricoperto da un bottone granulante e fu estratto: apparteneva alla sutura della tibia.

La sutura del perone guarisce per prima intensione ed il filo metallico resta incluso.

L'infermo è licenziato guarito il 16 ottobre 1892.

Ossero. X.a.—Aniello Carotenuto, di anni 14, da Fuorigrotta, è ricevuto il 4 giugno 1892 con frattura ceposta dell'omero destro, in corrispondenza del suo terzo inferiore: il frammento superiore è fuorinscito lacerando i tessuti da dentro in fuori. Ridusione dei frammenti, preceduta da dilatazione dell'esistente ferita. Il facile spostarsi dei frammenti richiese la sutura ossea praticata con filo d'argento.

Guarigione per primam. Esce dall'ospedale il 14 agosto 1892.

Ossero. XI.a.—Alberto Marone, di anni 18, da Cervinara, si presenta all'ospedale la sera del 7 decembre 1893 molto malconeio. In seguito a scoppio di un mortaletto presenta l'articolazione del gomito sinistro largamente aperta dalla sua parte posteriore; l'omero è asportato a cominciare dal suo estremo inferiore articolare e si prolunga in alto per 7-8 cm.; insieme alla perdita ossea vi è distruzione di tutti i tessuti molli, eccetto il bicipite col suo fascio nerveo, vascolare ricoperto dai comuni tegumenti.

L'estremità superiori articolari del cubito e radio erano rimaste illese dal trauma. Quantunque la lesione fosse tanto grave, pure non esitai punto a conservare l'arto, incoraggiato, in tanta devastazione, dal trovare integra l'arteria principale dell' arto. Del medesimo mio parere fu il dottor Gennaro Sodo, che prestava in quell'epoca servizio di guardia insieme a me come chirurgo assistente, ora mio egregio collega. Disinfezione accurata ed immobilizzazione dell' arto: vi fu suppurazione dell'ampia ferita, eliminazione di tessuti colpiti da necrosi traumatica. Il 15 gennaio 1893 la ferita si è già detersa: si completa la cura avvicinando l'estremità inferiore dell'omero alla cavità articolare del cubito : regolarizzazione dell'omero, che presenta una punta acuminata, abrasione della cartilagine d' incrostazione della superficie articolare del cubito. Passaggio di un filo di argento nel senso trasverso attraversando tutta la spessezza dell' estreme dell'omero: i due estremi del filo metallico vengono attorcigliati intorno ad un chiodo infisso nell'estremo superiore del cubito. Si preferì questa maniera di riunione, perchè così riusci di poter avvicinare le due estremità ossee così fortemente da non potersi ottenere, in nessun altro modo. Si ha completo adattamento delle due estremità ossee, si suturano le parti molli. In 42ª giornata la riunione ossea e giá abbastansa salda; si estrae il chiodo ed il filo di argento. L'infermo abbandona l'ospedale completamente guarito il 2 marso 1893.

L'articolazione del gomito ottiene un'anchilosi angolare solidissima, come si può avere dopo un'ordinaria resezione da fare dimenticare la gravezza della lesione primitiva. All'amico dottor So do che fu di valevole aiuto in questo atto operativo, vanno rese pubbliche grazie.

Ossero. XII.*—Luigi Fibra, d'anni 44, da Napoli, viene ricoverato, il 4 gennaio 1898: si constata frattura della tibia sinistra complicata a gravi lesioni delle p rti molli: vi è pure frattura sottocutanea del perone. Le gravi condizioni dei tessuti molli non permisero di suturare in primo tempo la tibia, nè di chiudere la ferita; e però, come per gli altri casi, si rimandò a completare la cura il 4 febbraio, un mese dopo, quando ogni timore di complicanza era eliminato; fu adoperato il filo di ferro. Esce guarito il 2 aprile 1893; il filo metallico resta incapsolato.

Osserv. XIII.ª—Luigi Jovine, di anni 37, da Castellammare, viene ricoverato il 22 aprile 1893, per una frattura esposta e comminuta dell'omero sinistro. Apertura del focolaio di frattura, estrazione delle schegge libere e regolarizzazione dell'estremità ossee: sutura metallica con filo di argento. Guarigione per primam. Il filo metallico non viene eliminato: è licenziato il 4 giugno 1893.

Osserv. XIV. Micola Grimaldi, d'anni 18, da Ponte di Aversa, riporta frattura sottocutanea di ambedue gli antibracci e frattura esposta dell'omero destro, nella sua diafisi, quest'ultima lesione richiese la sutura ossea con filo di ferro eseguita il di 27 aprile 1893. Viene dimesso guarito il 4 giugno 1893; il filo metallico s'incapsula.

Osserv. XV.a—Antonio Ambrosio, di anni 27, da S. Giuseppe di Ottaiano entra in ospedale il 29 aprile 1893; ha riportato una frattura esposta e comminuta del femore destro: esiste insieme alla lesiene ossea grave contusione dei tessuti: dilatazione della ferita e disinfezione. Non prima del 15 giugno fu possibile eseguire la sutura con fili di ferro. Esce il 28

ottobre 1893, guarito: eliminazione del filo metallico dopo 56 giorni.

Osserv. XVI^a.—Saverio Casciello, di anni 54, da Boscotrecase, presenta una frattura esposta della tibia sinistra: sutura ossea con filo di ferro appena ricevuto all'ospedale, il 16 maggio 1893; incapsulamento del filo; guarigione per prima intensione; lascia l'ospedale il 25 giugno 1898.

Ossero. XVII^a.—Gaetano d'Attilio, di anni 12, da Larino, viene ammesso il 2 settembre 1893, per una grave lesione al braccio sinistro, capitato nell'ingranaggio di una macchina.

Osservavasi nella regione posteriore, una ferita da strappamento, lunga circa 10 cm, con perdita di sostanza fino all'osso, il quale era fratturato irregolarmente. Le parti molli risparmiate in quel tratto del braccio erano rappresentate dal solo bicipite col fascio nerveo-vascolare e corrispondente porzione di pelle che rivestiva la regione conservata, integra. Malgrado così vasta perdita di sostanza, compreso il nervo cubitale, la temperatura dell'antibraccio e della mano era quasi normale. Convinto conservatore nella chirurgia traumatica degli arti ed incoraggiato auche dal parere del prof. P. Lupò, direttore di Sala dell'ospedale, non esitai punto a risparmiare l'arto allo sventurato giovanetto: regolarizzai i due estremi ossa i riunendole con filo di ferro, suturai col catgut il nervo cubitale ed i muscoli, e con la seta disinfettata i comuni tegumenti. Immobiliszai l'arto con un apparecchio gessato. Nella prima settimana si ebbe apiressia, nè alcuna sofferenza tormentò il piccolo paziente.

In 8º giornata si lagna di dolori al braccio; il termometro segna 38º C. apro lo apparecchio e trovo i tessuti suturati, tendonti a necrosarsi.

Rimosione dei punti di sutura e di infesione della ferita: anche le due estremità dei frammenti, per la lunghezza di circa due a tre centimetri, si necrosarono. Dopo un mese e pochi giorni si ebbe completa detersione della ferita e la necrosi ossea era chiaramente delineata.

Reseco allora i due frammenti della porzione modificata, ravvivo i margini delle parti molli e risuturo sia l'omero con filo di ferro, come le parti molli con seta. Nè di questo incidente mi ebbi a meravigliare, poichè chiunque ha una certa pratica delle lesioni traumatiche, ha spesso a notare, come la gangrena traumatica si estenda molto più di quel che non sembri in primo tempo

specialmente quando l'infermo è soccorso non immediatamente, come fu per il piccolo ferito, che venne a'l' ospedale dopo 24 ore dall' accidente, sprovvista di ogni medicatura.

Dopo questo secondo intervento, il piccolo paziente zi avvia alla più regolare guarigione: la ferita delle parti molli si riunisce per primam e la riunione osses dei due frammenti avvenne nel periodo di 45 giorni: l'infermo lascia l'ospedals il 30 novembre conservandogli un arte, che se non aveva la sua completa funzionalità, certo era adoperabile per molti usi. Questo caso venno ricordato dal prof. Lupò nella sua pregevole monografia sulle fratture complicate (1), per dimostrare la sua tesi, di conservare cioè, anche in condisioni gravissime, le parti, ed ic, che ho avuto l'opportunità di osservare e seguire in tutte le loro fasi la maggior parte degli infermi sitati dal ralledato professore, oltre a numeros: mie osservazioni personali, dico qui per incidente, che Relle fratture complicate, eccesione facendo dei casi disperati, bisogna sempre conservare.

Osere. XVIII. Pasquale Borrelli, da S. Gior gie a Cremano, ammesso il 22 marzo 1894 con pestamento della gamba destra da scontinuare comminutivamente la tibia ed alterare gravemente le parti molli. Il 16 luglio sutura ossea dei frammenti: si ebbe in seguito a lamentare necrosi limitata di essi, che non permisero all'infermo di lasciare l'ospeda'e prima del gennaio 1995.

Anche per questo fratturato, se ne togli la lunga dimora nell'ospedale, la cura ebbe il più felice risultato. Il filo metallico di farro si estrasse alla fine del secondo mese.

(continua)

LE CLINICHE FRANCESI

Clinica chi rargica di Parigi (Prof. Terrier).

La pneumectomia

Diversi osservatori, Gluck, Block, Biond i, Marcue, Schmid, Villard, Wills ed eltri, hamo provato che l'estirpazione parziale e anche totale del polmone, è una cosa possibile, quasi ficile, in un gren numero di animali.

Quantunque siano molto interessanti queste esperiense, tuttavia bisogna guardarsi dal couchiudere, che, come negli animali, altrettanto è facile nell'uomo la resessione e la estirpazione del pol-

Tralagoiamo lo atudio delle resessioni polmonali

negli animali, ed occupiamosi invece delle resesioni nell'aomo infermo.

Tranne del raschiamento di certe cavità patologiche, che lo non considero come resettioni polmonali, si può dire che la pneumectomia è stata praticata in tre affesioni differenti: la tubercolosi, i neoplasmi, l'ernia polmonale.

Il primo tentativo, diretto contro la tuberco-

losi, non fu molto incoraggiante.

Bloek, avendo praticato l'estirpasione dei due apici polmonali, e spirando il suo operato durante l'atto operativo, si suioldò, temendo un ricorso giudisiario.

I quattro tentativi che seguirono, non furono meno fortunati dei primo: Kraenle in fece due volte la resessione dell'apice in un caso di tubercolosi: il primo infermo morì al 8º giorno, il sesondo 86 ore dopo.

I due casi di Ruggi non furono meno sco-

raggianti.

Bisogna giungere al caso di Tuffier per trovare una pneumectomia, contro la tubercolosi, seguita da successo.

L' infermo, che aveva subito la resealone dell'apice polmonale destro nel 1891, fu presentato, al Congresso di chirurgia nel 1895, completamente guarito.

Due anni dopo, Lawson operò un tubercoleso a 84 anni, che presentava pure una solerosi del-

l'apice destro.

L'asito fu molto soddisfacente, però l'infermo tre mesi dopo l'atto operativo, portava ancora una fistola, che dava giornalmente esito a qualche grammo di pus.

Al Congresso di chirurgia nel 1895, Doyen annunsiò che egli aveva praticato la resessione di una parte del lobo polmonale in un fanciulle di 10 anni, con lesione tubercolare; l'esito fu falles.

La tecnica del processo operativo é stata differente nei diversi operatori: La weon reseca la seconda costola; Tuffier si contenta di incidere il secondo spazio intercostale. L'uno attira facilmente il polmone per la breccia che ha fatto, l'altro per far passare l'apice polmonale per lo spazio ristretto, che non vuole allargare, crea uno pneumotorace extra-pleurale che, agendo come uno pneumotorace vero, permette al polmone di retrarsi, ma nella sola regione corrispondente allo scollamento, cioè all'apice dell'organo, che si trova così ridotto di volume.

Per evitare la violenta dispuea consecutiva ad une pueumotorace operativo troppo brusco, ciascuno dei due chirurgi mette in pratica dei processi differenti: La we on determina in principio il collasso polmonale, facendo di primo acchito entrare lentamente l'aria nella pieura; Tuffier preferisce fare a fidanza con lo scollamento della pieura.

È vero che questa si straccerà nel momento in cui si trarrà il polmone a traverso lo spasio intercostale, ma applicandosi esso molto intimamente sul polmone, impedisce e limita la penetrazione dell'aria nel cavo pleurico.

Quale sarà l'avvenire riservato alla pneumectomia nella sura della tubercolosi?

^{(1) «} Riforma Medica », 1898.

Contamente, i risultati ottenuti da Tuffier, sono stati buonissimi ed incoraggianti; ma si e analoga alla precedente, onde io mi dispenso trattava di un ammalato di una lesione di primissimo grado, localizzata all'apice solamente.

Per ciò è in casi simili che bisogna tentare la

pneumectomia.

Però bisogna riconoscere che queste tubercolosi di primo grado, localizzate ad una sola regione, sono quelle che hanno più tendenza a guarire senza intervento; le sezioni fatte giornalmente ci dimostrano luminosamente questo fatto.

Quindi la pneumectomia può essere indicata solamente in quei cast di tubercolosi limitata, che non accenna a guarire.

Le indicasioni di questo ardito atto operativo, sono invece ben differenti nei casi di carginoma

pelmonale.

Il primo a praticarlo fu il Milton, il quale tolse la quinta e sesta costola cariate e i due tersi di un lobo dei polmone destro. L'infermo sopravvisse 4 mesi.

Da quello che sappiamo su questa operazione, noi non possiamo affermare se si trattava veramente di cancro; esso é importante semplicemente perché fu la prima pneumectomia umana.

Péan annunsiò nel congresso di chirurgia del 1895, che egli nel 1861 aveva praticato una resezione polmonale per neoplasma di questo

Il tumore era localizzato all'altezza del 4º spazio intercostale; esso era aderente alla pleura parietale e nettamente indipendente dalle coste.

Il tumore fu tratto in fuori, si suturarono all'intorno i foglietti pleurici, l'uno con l'altro, poi fu tolto il neoplasma col galvano-cauterio, e si completò l'emostasia con delle pinze a permanenza.

L'infermo dopo un anno viveva ancora.

In questo caso si trattava veramente di una neoformazione, ma di quale natura? l'esame isto-

logico fu trascurato.

Al contrario, nella osservazione più recente di Weinlechner, si conosce benissimo la natura del tumore. Si trattava di un mixo-encondroma del torace, che aveva invaso, il lobo medio del polmone, per una estensione di 7 a 8 centimetri. Fa fatta una doppia ligatura in dietro della porzione alterata, si praticò l'estirpazione completa di questa, e si tolse ancora qualche altro nodulo neoplastico sparso nel lobo superiore.

L'ammalato mori di collasso 24 ore dopo l'o-

perasione.

Fu parimenti un tumore della parete, esteso al polmone, che Krönlein operò nel 1888: era un sarcoma recidivante in una ragassa di 18 anni; si tolse la parte neoplastica polmonale, della grossezza di una noce circa. L'inferma stava bene quando Krönlein pubblicava il caso : ma quattro anni dopo, presentò una seconda recidiva.

Il tumore, grosso quanto un pugne, fa nuovamente estirpato insieme ad una parte della parete toracica e del paronchima polmonale, che esso aveva invaso.

L'operazione praticata da Müller nel 1888, dal descriveria.

Lo stesso anno, Park operò un infermo, che era stato già operato due volte per sarcoma alla gamba. Esso presentava un tumore della grossezza di un uovo di pollo, un poco al disopra del lato esterno della mammella sinistra, che sembrava interessare tutto lo spessore della cute. Una incisione a croce della pelle fece vedere che tre coste erano avviluppate dal tumore. La pleura fu aperta nel corso dell'operazione, fu dilatata l'apertura con le dita, e si scovrì che il tumore era più grosso all'interno che all'esterno del torace. Il tumore fu estirpato con una gran parte della 4ª, 5ª, 6ª e 7ª costola.

L'operata morì la dimane; alla sezione si vide che entrambi i polmoni erano infarciti di noduli

sarcomatosi.

Queste sono le osservazioni principali, che possediamo sulla resezione polmonale in caso di lesioni neoplastiche di questo viscere; esse richiamano la nostra attenzione solamente sulla diversità della tecnica operativa, ma non ci forniscono dei criteri per conoscere in quale forma di cancro può essere indicata questa operazione.

E il cancro primitivo, è il secondario, quello

per propagazione diretta?

Biguardo al cancro primitivo, per quanto io sappia , ignoro se si sia fatta fino adesso una asportazione.

Quella di Péan, è vero, sembra una neoformazione avente il suo punto d'origine nel polmone, ma noi ignoriamo la natura di questa neoplasia.

Bisogna avere presente il decorso di un neoplasma primitivo polmonale, per non farsi illusione sulla possibilità di una pneumectomia.

Quando la diagnosi può farsi, sia per l'ascoltazione, sia per l'esame istologico dell'espettorato o del liquido di puntura, il polmone è stato già invaso in buona parte: sarà necessario toglierlo intieramente, per sperare di non avere una recidiva immediata.

Il solo intervento, che può tentarsi in simili casi, consiste, come consiglia Brunati, nel praticare una toracentesi, tutte le volte che il versamento pleurico diverrà pericoloso per la sua abbondanza

Riguardo ai neoplasmi secondari, essi possono essere divisi in due categorie: quelli che sono consecutivi a cancri lontani e si sono sviluppati in seguito ad embolie cancerigne; quelli che hanno il loro punto d'origine nella parete toracica, e che hanno invaso la pleura e il polmone per propagazione diretta.

La prima categoria è rappresentata dalla oq servasiono di Park, l'esito, l'abbiamo visto, fu

sfavorevole.

Non ci resta adunque che, la seconda, il carcinoma della parete toracica, che si estende, per propagasione diretta , alla pleura e al polmone (casi di Kroenle in e di Müller).

In questa forma solamente per qua bisogna restringere l'indicazione della pneumectomia. Spesi m l'intervento mon è deciso fin dallo inizio, ma gel serso di una ablasione di un tumore, localissato nella parete costale, accorgendosi che questo si prolunga dentro della envità, non biscgas esitare ad intervenire radicalmente, con resesione costale, pleurale e polmonale.

Le terse indicazione della pneumectomia è l'er-

nis polmonale.

Coeste, secondo Morel-Lavallée, si dividono in: 1º ernie traumatiche; 2º ernie consecutive all'esistenza di una cicatrice, o di una lecione qualsiasi; 8º ernie spontanee, prodotte sensa alema violenza esteriore, senza alcuna lesione ap-pressabile; 4º emie congenite.

Dai punto di vista chirurgico, questa divisione è instilmente complicate; noi le divideremo in due estegorie: 1º ernie che si sono prodotte a traverso una ferita del tornos con legione polmonale: 2º amie con integrità di questo viscere.

Nel primo caso il polmone che aporge fra i margini della ferita, può esser sede di una emor-

L'inutile ritornare sulla condotta da tenere ia simili conglunture; io l'ho già indicata a proposito dalle ferite del polmone; allora è necessaria la resegione di queste viscere, per frenere la morregie.

Fermiamosi per ciò sulla seconda categoria di grais, su quelle in cui il tessuto polmonale è intatto nell'atto che sporge dalla cavità toracica.

la qual momento e la qual senso bisogna interrenire?

I risultati, ottonuti da due chirurgi in casi analoghi, ci permettono di stabilire facilmente le regole da seguirel.

La ridusione è possibile subito dopo l'accidente? Ciò è possibile, e in molti easi è questa la mano-

vra più ugata.

E frequente di vedere il polmone presentarsi ira i margini di una ferita toracica, e preservare neccanicamente l'entrata d'aria nella cavità pleurica. In questo caso bisogna contentarsi di disinfutare la regione, e di suturare la sierosa. Se il polmone fa una sporgensa più accentuata, se vi è veramente ernia, io non vedo alcuna ragione per mon eseguire la medesima tecnica, a condisione però che il tessuto non sia troppo infatto; ad ogni modo non bisogna tardare a fare la riduzione.

Che cosa bisogna fare quando l'ernia polmonale è stroguata ?

Secondo Le Be e non bisogna resecure la parte emiata, ma cercare di ridurla. Merlin da un consiglio analogo.

Io aredo invece dannosi tutti i tentativi di ridusione in simili casi ; il tessuto strozzato, manca di vitalità, è certamente infetto, la riduzione riesee pericologissima.

Demons fa la resezione dopo otto giorni; io mon so quali siano le ragioni per impedire di

fare la resessione subite.

Lo schizociatore lineare, per il taglio del parenshima polmonale, non é adatto; esso produce fisilmente emorragie, sensa presentare notavole

vantaggio, sul processo di legatura croclata di Massart.

Però io credo che questo processo non sia esente di inconvenienti; fare una legatura del polmone erniato a livello della pelle, e ricacciare nel cavo pleurico la regione che ha subito lo strangolamento, non credo sia un procedimento razionale.

E' preferibile cominciare con lo strigliamento della ferita toracica, o fare la legatura sul tessuto sano, indistro del punto strozzato e praticare in ultimo la sesione del polmone ernisto.

Questo lo eredo sia il processo operativo più adatto per le ernie polmonali, prodotte a traverso una ferita, quando il parenchima di questo viscere si presenta atroggato.

Un'altra categoria di ernie polmonali ci resta ancora a mensionare, per essere completi in questo studio: l'ernie del polmone, senza ferita esteriore del torace.

Esse non vanno veramente soggette a strossamento; al massimo si può produrre una congestione, un ingorgo nella parte fuori-uscita.

Questo, però, è insufficiente per determinare nello infermo degli stiramenti, affanno e alle volte dolori vivi; e siccome queste ergie non hanno alcuna tendensa alla guarigione spontanea, predispongono facilmente a certe lesioni polmonali, costituiscono, insomma, una infermità abbastanza seria, è naturale che vi sia un grande interesse, nella ricerca di un meszo di cura chirurgico, adatto a togliere queste sefferense.

Le fasciature, i corpetti e gli altri apparecchi protettivi, all'uopo usati, non hanno dato che me-

diceri risultati.

Al contrario la cura radicale ha dato quasi sempre dei buoni esiti.

Il processo operativo è quasi identico a quello esposto precedentemente, tranne l'incisione dei comuni trgumenti e la resezione del sacco (la pleura parietaie).

Si può brevemente massumere in questo: incisione del tumore, ridusione del polmone erniato, resesione del sacco, abrigliamento dell'orificio, su-

tura dell'anello.

Biepilogando, le indicazioni per la pneumectomis, si possono restringere a queste: eccesionalmente nella tubercolosi, raramente nella neoformazione maligua, frequentemente nelle ernie polmonali (Le progrès médical, n. 50, 1896).

Poliaci

PRATICA DELLA DIAGNOSTICA

La diagnosi delle pacameterace sempiles, mercè la tubercolina. Chaufferd .- L' esperienza clinica dello pneumotorace ci conduce legittimamente a delle conclusioni pessimiste. E risaputo difatti, che lo pneumotorace spontaneo è un accidente sovente mortale, essendo di regola dovuto ad una perforazione polmonare di origine tubercolare. Ma io posso presentarvi un cas; tipico che fa eccesidne a questa regola, nel quale l'uso della tubercolina ci permise di potere affermare che lo pneumotorace era dipendente da una lesione semplice, cicè da una rottura alveolare non preparata nè causata da lesione bacillare.

Una donna dell'età di 50 anni, in piena salute, mentre solleva da terra bruscamente coi solo biaccio sinistro, una bambina con la quale trastullavasi, è colpita allo stesso istante da un violento dolore al lato sinistro del petto a cui segue un accesso di soffocazione e di dispnea intense, che dura tutta la notte. Il dolore e la dispnea, s'attenuano progressivamente il'giorno dopo, ed all'ammissione dell'inferma nella nostra sala, sono quasi scomparsi.

L'esame del torace dinota l'esistenza di uno

pneumotorace sinistro, generalizzato.

L'esame del polmone destro non rivela alcun segno di tubercolosi polmonare, nè d'enfisema; la temperatura rimane costantemente normale e nessuna effusione liquida si aggiunge allo spandimento gassoso. Al 17º giorno della malattia non esiste più traccia dello pneumotorace e l'ammalata ritorna a casa completamente guarita.

Sicuramente questa forma clinica di pneumotorace non si riscontra in clinica che soltanto eccezionalmente, ma pur tuttavia non è per questo, meno conosciuta e classica. Essa risponde in tutti i suoi particolari a quella forma morbosa che Galliard chiamava pnoumotorace degli enfisematosi ovvero pneumotorace benigno.

Ma se le condizioni etiologiche inerenti a questa manifestazione clinica dello pneumotorace corrispondevano perfettamente al caso nostro, non pertanto rimaneva a conoscere quale fosse lo stato anatomico del polmone così repentinamente perforatosi.

Esisteva semplicemente un enfisema circoscritto, laterale, che produsse la rottura di un lobulo dilatato, ovvero si nascondevano delle lesioni di tubercolosi polmonare?

Tanto l'anamnesi che l'esame fisico del torace risultavano negativi per ammettere un processo di natura tubercolare, ma ciò non pertanto io volli conchiudere meglio per l'esistenza di uno pneumotorace semplice, ricorrendo alla prova della tubercolina.

E risaputo, che nei tubercolotici, l'inoculazione sottocutanea di una piccola quantità (2 a 3 mill gr.) di tubercolina provoca una reazione generale e locale, caratterizzata da febbre, sudori, cefalalgia, ecc., che non si manifestano giammai, per dosi tanto deboli, negli individui sani.

La tubercolina è rimasta, così, un mezzo prezioso di diagnosi, ed in medicina veterinaria i lavori di Nocard hanno notato tutto il profitto che si può ricavare da essa per la diagnosi della tubercolosi latente nei bovini.

In medicina umana, invece, la tubercolina è stata raramente utilizzata come mezzo di diagnosi, quantunque recentemente Grasset abbia comunicato i risultati molto probativi ottenuti su 14 ammalati con dosi minime non oltrepassanti i 5/10 di milligrammo.

Il risultato ottenuto da noi, nella nostra inferma, è stato dei più felici.

Per mezzo di una soluzione titolata, preparata secondo le indicazioni di Roux, abbiamo praticato, il 25 novembre, un'iniezione sottocutanea di 2 milligrammi di tubercolina senza che seguiese alcuna traccia di reazione generale e locale. La temperatura, presa d'ora in ora, restò fis-

so a 37°5.

Lo stesso risultato negativo si ebbe l'indomani, mentre un infermo che servi da controllo con lesioni tubercolari manifeste, con la stessa dose, manifestò una reazione tipica con febbre, sudori profusi e rantoli alle due basi del polmone.

La conclusione della nostra esperienza ci permise di affermare che la natura dello pneumotorace doveva esser semplice, non tubercolare, e che con tutta sicurezza la guarigione si sarebbe ottenuta in un periodo di tempo relativamente breve. La nostra previsione fu confermata dallo svolgersi dei fatti susseguenti.

Io credo che sia la prima volta che un tal metodo di diagnosi venga applicato per riconoscere la natura di uno pneumotorace, e stimo che alcuni casi citati del Galliard debbano accettarsi con una certa riserva. Specialmente se si considera, che in alcuni infermi oltre allo spandimento gassoso esisteva pure una raccolta purulenta non si può essere molto assoluti nello escludere una lesione di natura infettiva capace di determinare una reasione da parte della pleura.

Comunque sia, lo studio del caso che vi ho esposto ci autorizza a formulare delle conclu-

sioni teorico-pratiche.

Anzitutto noi possiamo aggiungere un caso di più; riconosciuto con sicurezza, al piccolo numero di osservazioni di pneumotorace semplice, pubblicatisi finora, con la conferma di tutti i caratteri clinici attribuiti a questa varietà abbastanza rara. D' altra parte, abbiamo potuto dimostrare la utilità di ricorrere, nei casi dubbi di natura tubercolare, alla prova della tubercolina la quale oltrechè per la diagnosi, ci renderà sicuri nel prognostico.

Però io non consiglio di ricorrere a questo metodo in qualunque caso di tubercolosi, giacchè all' inizio di un processo specifico, coi metodi ordinari d' indagine, la diagnosi precoce della tubercolosi polmonare, è perfettamente possibile.

Ma per alcuni casi particolari, eome il nostro, ovvero per altri fenomeni clinici nei quali si sospetta la lesione tubercolare senza avere una prova obiettive, allora certamente la tubercolina ci potrà garantire una precisione di diagnosi che non potremmo ottenere sicuramente coi metodi di esame di cui disponiamo (La Semaine mèdicale, n. 65, 1896).

Bentisegna

ATTUALITÀ TERAPIONE

Cura delle tensilliti acute con le iniezioni parenchimali di acide fenice. W. Höfer. - Poichè la massima parte delle tonsilliti acute sone di natara infettiva, appare evidente come la cura più rasionale debba essere l'applicazione locale degli antisettici. E difatti questa indicazione è stata tenuta presente da lungo tempo, quando si sono prescritti e si prescrivono i gargarismi, le inalazioni, le pennellazioni di liquidi debolmente disinfettanti. Ma la loro azione, oltrechè essere poco energica, anche tenuto conto della breve durata dell'applicazione, si esercita solamente alla superficie delle tonsille, lasciando intatto il materiale infettivo che sta nella profondità delle

Per questa ragione il Taube, di Lipsia, nel 1877 e nel 1879, adoperò contro la difterite genuina e la scarlattinosa le iniezioni parenehimali di acido fenico; Heubner nel 1881 applicò su vasta scala questo metodo di cura con buon risultato, e del pari Hensinger nel 1889.

I buoni effetti ottenuti dalle iniezioni di acido fenico nell'angina scarlattinosa, spinsero v. Zi e m ssen a sperimentare lo stesso metodo curativo nelle ordinarie tonsilliti, per lo più provocate dai germi della suppurazione, e comunicò i primi risultati al XII Congresso di Medicina interna del 1898.

L'autore pubblica ora i risultati delle esperienza finora continuate sotto la direzione di v. Ziemssen. Le iniesioni venivano fatte con una siringa della capacità di 2 cmc., che alle parti laterali portava due anelli, per potere essere bene tenuta in mano; la cannula era simile ragie. a quella delle ordinarie siringhe eplorative. Volendo praticare l'iniezione, mediante una spatola, tenuta dalla mano sinistra, si esercitava una compressione sulla base della lingua, per fissare la tonsilla, si infiggeva l'ago della siringa tenuta con la mano destra nel mezzo della tonsilla e si iniettava con modica pressione il liquido, costituito da una soluzione di acido fenico 2-5º [o nella quantità di 112-1 cmc. In generale l'iniezione non produceva dolore. Ad alcuni ammalati riusciya sgradevole il sapore dell'acido fenico, il quale talvolta provocava un po' di tosse, raramente vomito; ma tutto si evitava lavando bene la bocca dopo l'operazione.

L'autore non osservò mai fonomeni d'avvelenamento ne qualsiasi disturbo dello stato ge-

I migliori effetti di questo metodo curativo sono stati ottenuti nelle angine lacunari con notevole tumefazione delle tonsille, in cui l'acido isnico agisce in doppio senso, cioè come anestesico e come disinfettante, e talvolta anche come agente meccanico, lavando le lacune tonsillari ripiene di pus.

L'azione anestesica dell'acido fenico è certamente la più pronta a manifestarsi, ed in conseguenza il disturbo della deglutizione migliora in sito per un quarto d'era. rapidamente e talvolta cessa del tutto dopo la

prima iniezione. Il miglioramento però spesso è passeggero, ma dopo la 2ª-8ª iniezione scompare completamente il dolore.

Al miglioramento dei fenomeni subiettivi, segue quello dei fenomeni obiettivi, giacchè al secondo giorno di cura si nota già una diminusione di volume delle tonsille e la scomparsa dello essudato.

La temperatura, sotto l'influenza delle iniezioni di acido fenico, si abbassa ora per crisi, ora

On cessare della febbre cessano i fenomeni secondari, come cefalea, abbattimento, inappeten-

L'autore non nega, però, che ci sono casi ostinati di angina lacunare, contro cui il metodo di cura esposto ha un'asione molto debole, sensa che se ne trovi la ragione. Talvolta in tali casi si trova successivamente nella profondità della tonsilla un piccolo focolaio purulento.

Contro gli ascessi tonsillari o peritonsillari, le iniczioni di acido fenico sono quasi inefficaci; qui lo svuotamento naturale od artificiale da luogo alla guarigione.

Inoltre poco si adatta questo metodo di cura alle angine catarrali semplici non accompagnate da notevole tumefazione delle tonsille (Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. 57, H 5 u. De Grazia 6, 1896).

L'acqua ossigenata come emostatice uterine. ---Petit, fondandosi sulla triplice proprietà che possiede l'acqua ossigenata, d'attivare la precipitazione della fibrina, di eccitare le fibre lisce e di rispettare il tessuto, ha pensato che essa potesse riuscire un eccellente emostatico nelle metror-

Dal punto di vista clinico, ecco ciò che si constata nell'utero: in una emorragia a nappo, di origine intra-uterina, prodotta da una metrite fungosa, o un fibroma interstiziale, che lascia la cavità dell'organo sufficientemente pervia, se si introjuce, tutto di un colpo, fino al fondo dell'organo, un porta-topico guarnito di ovatta, imbevuta di acqua ossigenata, si ha subito produzione di una schiuma abbondante, che fuoriesce a traverso l'orificio esterno, contrazione dell'organo, meno rapida e meno intensa di quella prodotta dal percloruro di ferro, arresto immediato della emorragia, mancanza assoluta di dolori, nessuna modificazione nel parenchima uterino, eccetto un inbiancamento lieve della mucosa, prodotto piuttosto dalla decomposizione dei liquidi anzicché dall'azione caustica sugli elementi anatomici.

L'emostasia si prolunga per molto tempo, a preferenza di altri topici, sino ad ora impiegati.

L'autore nell'introdurre lo zaffo imbevuto di acqua ossigenata, raccomanda che l'asticciuola da medicatura sia sottile, malleabile, e che si adatti alla curvatura del canale.

Si possono usare due applicazioni di ovatta, la prima si ritira subito, la seconda si può lassiare

L'acqua ossigenata può essere conservata per

から でものを対してい

molto tempo nel suo grado di saturazione, purchè sia leggermente acida, tenuta in ambiente fresco, al buio, in un fiasco il cui vetro non contenga del biossido di manganese, e agitata quanto più è possibile (Journal des praticiens, n. 52 96).

Pollaci

MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MINIMININAN MI NOTE DI SEMIOLOGIA

Sul sintoma dell'ulnare negli alienati. E. Hees.-Mentre negli individui sani non manca mai il fenomeno dell'ulnare, ossia quella particolare sensazione, accompagnata da una reazione motrice che si ha stimolando meccanicamente il tronco dell'ulnare nella fossa omonima che sta tra il condilo interno dell'omero e l'olecrano, Biernacki nei tabici e dopo di lui molti altri autori nei paralitici ed in altri ammalati di mente, hanno notato la mancanza di questo sintoma. Le osservasioni dell'autore diedero il seguente risultato: di 417 tabici e paralitici esaminati, 279 presentavano l'analgesia dell'ulnare, ossia il 66,9 % di 854 paralitici, 248 ossia il 70 olo avevano l'analgesia dell'ulnare. Divisi secondo il sesso i malati, di 282 uomini 171, ossia il 78,7 olo non presentavano il fenomeno dell'ulnare e di 71 donna, 81 ossia il 48,700 non lo presentavano.

In quanto al valore diagnostico del sintoma dell'ulneare, Biernacki, Cramer, Hillenberge ecc. affermano che questo sintoma ha un valore diagnostico. Bödeker e Falkenberg invece non gli attribuiscono un'importaza speciale. Mendel o Oschansky sono venuti alla conchiusione che l'analgesia dell'ulnare non è un sintoma caratteristico della tabe, mentre Lähr gli dà una certa importanza in quanto che nei casi in cui esso esiste, si possono sempre trovare disordini sensitivi nel territorio dell'ulnare.

Il grande svantaggio nell'apprezzamento di questo sintoma è che l'osservatore nel suo giudizio non può fondarsi su nessun criterio obiettivo, e dall'altra parte non tutti gli individui reagiscono egualmente a stimoli della stessa intensità e natura. Nondimeno, anche ammesse queste cause di errore, il trovare nell'88 olo di nomini con paralisi progressiva il fenomeno dell'ulnare, e fra i non paralitici il trovarlo nel 16 ºlo dei casi, dimostra, dice l'autore, che l'analgesia dell'ulnare può essere riguardata realmente come sintoma della demenza paralitica.

Fra le donne paralitiche, dalla statistica fatta dall'autore, il sintoma dell'ulnare esisteva nel 48,7 ° [o; nelle non paralitiche nel 10 ° [e. Egli ne trae la conclusione che nella paralisi progressiva delle donne l'analgesia dell' ulnare è un sintoma importante, quantunque si presenti appena nella metà dei casi.

In quanto alla causa dell'analgesia dell'ulnare Biernacki l'attribuiva alla sclerosi dei cordoni posteriori. Cramer in un caso in cui esisteva analgesia dell'ulnare, trovò all'autopsia nel midollo

L'esame microscopico degli ulnari diede risultato negativo. Nel Manicomio di Stephansfeld vennero all'autopsia 6 paralitici che presentavano il fenomeno dell'ulnare; uno solo macroscopicamente presentava una lesione dei cordoni posteriori; lo esame microscopico non è stato ancora fatto. Dimodochè per ora non si conosce la sede del fenomeno del Biernacki, quantunque tutti gli autori suppongano che dipenda da una causa cen. trale organica (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 51, 1896). De Grasia

PRATICA DELLA CHIRURGIA

Sull'eperazione preferibile nella cura radicale delle ernie femorali. Stinson riferisce, in questo lavoro, i risultati avati in 5 casi di ernia femorale, in cui fu fatta l'operazione radicale.

Prima, però, fa un rapido cenno dell'anatomia

topografica della regione.

La fascia transversalis è più forte e meglio gviluppata nella regione inguinale; la parte interna dell'anello consiste, nella maggioranza dei casi, di fibre forti e quasi tendinee.

La parte esterna è formata da un fascio, ben distinto, detto il fascio esterno dell'anello interno (Heselbach, Heale) o la porsione esterna della fascia transversalis (Cooper).

Sotto il ligamento di Poupart, la guaina è grossa, peco aderente ed imbutiforme. Un letto, formato di tessuto connettivo, separa l'arteria dalla vena e quest'ultima dal canale femorale.

L'anello inguinale interno rappresenta una espansione imbutiforme della fascia transversalis; quest' espansione può essere sottile, ma non è mai aperta.

L'anello inguinale è situato un pollice e messo al di sotto del centro del ligamento di Poupart.

Il cordone spermatico entra in esso vicino alle oesa pubiche e si porta in basso alla base della vescica.

Il fascio, che si trova alla parte interna, vien detto porzione interna dell'anello interno o porzione interna della fascia transversalis.

Esso nasce in vicinanza dell' angolo posto fra il retto ed il pube e si volge in alto, come si avvicina all'anello interno, formando la porzione interna di quest'ultimo.

Nello spessore del ligamento di G i m b e r n a t . questa fascia si unisce con la fascia iliaca e tutte e due assieme, girando attorno al margine libero, costituiscono una specie di ligamento rotondo.

Dopo che è passata sotto il ligamento di Poupart, la fascia transversalis, unendosi alla fascia iliaca, forma la guaina femorale, di cui la parte anteriore è costituita dalla prima e la posteriore dalla seconda.

Sono stati adoperati vari processi per la cura radicale dell'ernia femorale,

I principali sono: il Propesso di Hackenspinale una leggera affezione bilaterale dei cor-doni laterali e delle radici anteriori e posteriori. sione dell'operazione osteopi lemburg; it processo di Bassini, ed il processo di Fabricius.

Uno studio sull' sastomia chirurgica della regione mostra che tutti questi processi operatori

sono degni di serie obiezioni.

Il collo del sacco di ogni ernia non dovrebbe emere ligato; la ligatura può dar luogo a qualche errore , potendo essere inclusa in esso una porsione di intestino o di omento; può essere causa ineltre di un processo inflammatorio del peritoneo, il quale faverisce la formazione delle adecioni.

Il collo del saceo inoltre non dovrebbe essere formato ne nel canale, ne in altro iuogo, poiche favorisce un rilasciamento, rimanendo aperti l'anello ed il canale; essendo fissato, inoltre, costituisce una specie di cono in cui si alloggiano

gli intestini o l'omento.

La sutura della safena soltanto è incompleta. La sutura del ligamento di Poupart alla fascia peritonesle è pure incompleta, poiche l'amello femorale e la parte superiore del canale restano aperti.

È chiaro che l'intera apertura dovrebbe cesere chiusa, suturando prima l'anello femorale e poi

cercando di rinforsario.

È importante di chiudere l'anello ed il canale femorale, l'anello inguinale interno ed il canale inguinale.

Il processo falciforme non deve essere auturato son la fascia pettinea, non avendo fisiologica-

mente aloun rapporto con questa.

E' dannoso, ed alcune volte impossibile, unire per messo di suture il peritoneo ed il pettineo ; gli aghi si possono rompere, la contrazione del muscolo produce dolore, ecc.

L'autore dietro queste considerazioni propone un processo operatorio il quale risponde a tutte

le indicasioni sopra esposte.

Si fa un' incisione esterna, parallela al ligamento di Po upart; essa mette in evidenza il

sacco ed il principio della safena.

Si apre il sacco e, se esistono internamente delle adesioni, vengono tolte. 8: contiene semplicemente dell'omento, si taglia questo dopo la legatura del vasi.

El porta in basso il collo del sacco per messo di pinze; si asporta poi il sacco, il collo ed una porsione del peritoneo, quanto più alto e possibile e si unisce la superficie di taglio per messo di una antura fatta con catgut.

Si tolgono poi le ghiandole, l'adipe, etc., in corrispondenza dello abocco della satena e del canale

fernorale.

Si porta in avanti l'anello femorale facento trasione sull' arco crurale profondo, sul ligamento di Poupart e sulle porsioni iliache e pubiche del fascia lata.

Si asportano inoltre quel grasso e quelle ghiandole contenute nell'anello,

Si solleva per messo di un uncino la guaina femorale; la si chiade togliendo l'eccesso, col auturare l'una con l'altra la porsione anteriore a posteriore della gusina in vicinanza dell'anello femorale.

Il primo punto di sutura va posto nel lato esterno del ligamento di Gimbernat; parecchi altri sono posti sui panti sopra detti e l'altimo vien messo vicino ai setti che separano lo anello dalla vena ; si badi però che questa non sia moleo stretta.

Lufius è chiuso in ultimo lo shocco dello safena. Il primo punto di sutura è inserito sopra il ligamento di Poupurt, passando l'ago prima di tatto a traverso la porsione pubica del fascia lati all'interno dello sbocco della safena e pol a traverso la porsione iliaca nel lato esterno.

La pelle è suturata con catgut o per messo di

sottile filo di seta senza fognamento.

Si stia molto attenti alla cura post-operatoria, Questa operazione, secondo l'autore è semplice e rimedia a tutti gli inconvenienti degli altri metodi (Medical Record, 5 decembre 1898).

SPORLIO DEI PERIODICI GERMANICI

- Archiv für pathologische Anathomie und Physio logie, und für klinische Medicin », Bd. 146, Heft, 8,

I. Demensa paralitica. Morte per soffocazione. Etat crible. Degenerazione cistica. Meningite tubercolare, (dalla Clinica psichiatrica di Friburgo i. B.). R. Neudörffer pubblica un caso di demenza paralitica, in cui la morte avvenne durante la cena par soffocasione prodotta da aspirazione di alimenti ed in cui all' autopsia fu auche stabilita la diagnosi di tubercolosi polmonare bilaterale (noduli inducati agli apici del polmone, dei quali uno era e sinistra e due a destra) meningite tubercolare, cisticerchi del cervello.

La diagnosi macroscopica di cisticerchi, fu contraddetta dall' osservazione microscopica , la quale dimostrò che le cisti erano dovute alle alterazioni proprie, al così detto état crible. Dai risultati delle ricerche microscopiche, l'autore viene alla conclusione che l'état orible e la degenerazione cistica sono diversi gradi di una stessa alterazione dovuta a dilatazione degli spaat perivascolari in seguito ad cetacolo del deflusso della linfa.

La meningite tubercolare offri di particolare l'essere limitata alla convensità e il non aver presentato in vita sleun sintoma ; ma l'autore ritiene che la ptosi osservatasi durante vita, fosse da riferirsi alla tubercolosi della pia, avendo di già S e i t z osservato, che essa presentasi nel 18,8 ° la di questi casi.

L'autore spiega la soffocazione con i disturbi di deglutizione dovuti alla tubercolosi della pia.

II. Comunicazione su due casi di trasposizione congenita dei reni. E. Schwalbe comunica due casi, net quali eravi posizione anoranele del rena destro. Nel primo caso era il rene destro aderente al sinistro, e nel secondo si trattava di una semplica posizione più bassa del rene.

III. Sul contenuto in cloro e fosforo del sangue negli atrati morbosi. W. v. Moracse wski osservô che l'arina nei processi fabbriti è l'immagine del sangue, cioè casa contiane mano Ci e molto Ph , mentre ٠

essa nelle anemie si comporta del tutto contrariamente al sangue.

Nella colica saturnina senza complicazione, i reperti del sangue sono identici a quelli dell'anemia, cicè si ha aumento di Cl e diminusione di Ph. Dalle ricerche dell'autore risulta ancora, che tutti i metalli, che precipitano il Cl, causano accumulo di Cl nel sangue e quest'accumulo è da ritenersi quale sintoma di anemia.

V1. Il peso specifico del corpo e del sangue umano; contributo alla dottrina della crasi. Z i e g e l r o t h ricava, che il peso specifico del sangue è in media 1057 e quello del corpo 1055, cioè un litro di sangue è in media 2 gr. più pesante che un litro di materiale del corpo; in altri termini il sangue ed il materiale del corpo sono tra loro poce diversi in riguardo al loro peso specifico.

Inoltre vide l'autore che la cifra più bassa del peso specifico del corpo era 1046 e la cifra più elevata era 1062.

Le cifre più basse furono osservate negli individui obesi.

L'autore quindi pone il peso specifico del corpo quale criterio della funzione cellulare, che spiegherebbe ciò che oggi s'intende per discrasia, disposizione, diatesi.

V. Il peso specifico del sangue dopo forti sudori, Ziegelroth dal vedere che dopo aver sudato sono quasi nulle le differenze tra il peso specifico del sangue prima e dopo la stufa a vapore, così ritiene, che il sudore rappresenti, in tali casi, una disidratazione dei tessuti e non del sangue, ed appunto essa ha lo effetto di liberare le cellule dai prodotti di ricambio materiale e così di farle meglio funzionare.

VI. Una forma non comune di sifilide epatica congenita. M. Cohn. Il fegato, oltre a presentare le alterazioni caratteristiche della sifilide congenita, offriva una formazione a guisa di tumore, estesa e nettamente limitata, dovuta per la particolare struttura istologica a sifilide.

VII. Sulla patologia comparata della razza nera in Kamerum, A. Plehn enumera la frequenza delle varie malattie nelle diverse razze, che costituiscono la popolazione di Kamerum.

VIII. Un caso di tumore del ponte. Hofmann. Questo bel lavoro fatto nella clinica medica di Zurigo diretta dal prof. Eichhorst è un contributo sintomatologico ed anatomico alle lesioni del ponte.

IX. Un caso di ermafroditismo spurio completo femminile Il caso riferito da A. Kroki e wicz si differensia da quelli sinora pubblicati per il modo non comune di comportarsi delle parti esterne degli organi genitali, i quali all'ispezione esterna offrono un tipo del tutto maschile.

X. Sull'ipertrofia compensativa dei reni. O. I srael fa osservare, che le ricerche istituite su quest' argomento da Sacerdotti, assistente di Bizzozzero, per vedere se fosse possibile, sensa nefrectomia od altra lesione renale, ma soltanto con l'aumento della attività funzionale del rene, di indurre in questo un ipertrofia, furono istituite molto tempo prima dall'autore («Virchow's Archiv», Bd. 86) il quale sulla base di numerose ricerche rispose positivamente a questa questione.

XI. Una virago, A. Brandtriferisce un caso di una donna avente le apparense virili, ed in cui non fu possibile di rintracciar alcun punto d'appoggio per l'origine ginecologica del crescimento maschile dei peli della faccia, poiche gli organi genitali erano ben conformati e proporsionati.

XII. Su due casi di vizi congeniti di cuore. G. Rheiner riscontrò in una bambina dell'età di 8 mesi: origine dell'acorta dal ventricolo destro, mancanza del cono polmonare, stenosi del lume della polmonare ed incompleta divisione delle sue valvule, mancanza di tutta la parte anteriore del setto ventricolare e membranaceo, forte dilatazione ed ipertrofia del ventricolo destro, dòtto di Botallo non completamente chiuso ed 11 foro ovale aperto.

Nell'altro caso, riguardante una ragazza dell'età di 5 anni, osservò l'autore: stenosi dell'arteria polmonare per aderenza ed incompleta divisione delle sue valvule, mancanza della parte posteriore del setto ventricolare, divisione della valvula tricuspide ed ipertrofia del ventricolo destro.

Songlioes

CONSULENZA LEGALE

del prof. avv. Pietro Cogliolo

Genova. Via S. Lorenzo 18.

Dott. S. M. in P. Risiedere in una frazione o nel capoluogo; essere condottato o libero esercente; non sono ragioni di preferenza o di inferiorità per la nomina ad ufficiale sanitario: unici titoli di preferenza sono i certificati di studi speciali, e per l'avvenire, il certificato del Rettore di Università in cui siavi il corso semestrale complementare di igiene sperimentale. Quanto ai certificati del prof. F a z i o non ho dati di fatto per giudicarne: posso però osservarle che, abolita la preminenza del corso fatto a Roma e con la legge 14 maggio 96 pareggiati i certificati di tutte le università dove c'è un corso di igiene sperimentale, i vecchi certificati di corsi universitari a Napoli ed altrove acquistano maggior importanza di quando prevaleva su tutti il certificato di Roma.

Dott. A. B. in C. Il Consiglio di Stato non solo nel parere 10 luglio 96, ma anche in altri ha ammesso che il Comune possa ridurre per gravi ragioni lo stipendio del medico stabile, nella parte concernente la spesa facoltativa, ris:rvando però ogni asione civile di indennità Nel suo caso faccia cost: dalla delibera del Consiglio ricorra alla G. P. A. in sede tutoria, e da questa al Ministero degli Interni, sostenendo non essere giustiziata la riduzione. Ove non riesca a nulla citi il Comune ai Tribunali. Con quale riuscita? Lei mi domanda: purtroppo le previsioni e le prognosi degli avvocati sono più incerte di quelle doi medici: che è tutto dire!



Sommano. — 1. Questioni selentifiche del giorno. Sulla specificità delle diverse forme dei parasiti della ma" laria. — Sul a siero-diagnosi nella febbre tifoide. — 2. Lavori originali. Ospedale dei Pellegrini in Napoli. — Aleune considerazioni su trantasette casi di suture casce, pel dott. Francesco Sorrentino, chirur go ordinazio. — 6. Società selentifiche. — 6. Le Cliniche italiane. Clinica chirurgica della B. Università di Pina, diretta dal prof. A. Caci.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Sella specificità delle diverse forme dei parasiti tella malaria. N. Jeseò e M. Resemberg hanno fatto molte esservazioni sul rangue in eccasione di una estesa epidemia malarica verificatasi nel 1894 nelle vicicinanse di Klausenburg, e ne comunica ne i risultati insieme ad alcune oscervazioni critiche salla specificità dei diversi parasiti malarici.

Gli autori sono di accordo con la scuola italiana nel distinguere almeno tre forme parasitarie della malaria, differenti tanto morfologica mente, quanto biologicamente, le quali rispettivamente producono il tipo tersano, il quartano e firregolare. Non ritengono possibile che il parasita della quartana o della termana, in una generazione, poese produrre un tipo febbrile diverso dalla quartana o dalla tersana. A questa con dusione fanno apparantemente contrasto quel cas di fabbre quotidiana, in cui il sangue contiene p.rasiti della tersana o della quartana, ma ciò si spiega ammettendo che in questi casi ha luogo una modificazione delle generazioni, corrispondente ai parosigmi di febbre quotidiana. Nello stesso tempo questo stretto rapporto esistente fra le generazioni dei paraziti ed il tipo febbrile, dimostra, da una parte la specificità delle varie forma parasitarie e dall'altra il nesso causale tra il parosismo febbrile e la sporulazione. Questa specificità, inoltre, vien confermata da differenze merfologiche e biologiche che sono state ripetulamente osservate fra le tre forme parasitarie, ed il nesso cansale tra il parosismo febbrile e la sporulazione vien dimostrato da tutti i casi osservati dagli autori, in quanto che in essi la sporulazione dei parasiti coincise sempre esattamente col parceisma febbrile, mentre, durante la spiressia non si trovarono mai corpi in sporulazione, benzi soltanto paraelti in quello stadio di sviluppo corrispondante al tempo in cui la osservasione veniva fatta. Dimodochè gli autori confarmano l'opinione di Celli, cioè che la comparsa sangue si trovano parasiti malarici in aporaiszione,

I parasiti, che appartengono ad una generasione presentano differense di età, di 4-8 giorni; rosi ad es : si trovano forme incipienti di sporulazione e spore belle e formate; ed anal infesioni nuove in uno stesso preparato. Ciò però non dimostra nulla contro l'opinione ora cennata, perche l'accesso, oscia l'elevazione termica dura parecchie ore; nello stadio del sudore la sporuiazione finisce e dopo che la temperatura si è abbassata non si trovano più corpi in sporulazione. Mannaberg, a questo proposito, fa osservare che il fatto che gli individui di una generazione non sporulano nello stesso momento, ma gli uni dopo gli altri a brevissimi intervalli, ha per conseguenza che anche il parosigma febbrile spesso dura nou pochi minuti, ma parecchie ore e talvoita anche una messa giornata. Se gli innumerevoli corpi in sporulasione invadessero ad un tempo la corrente sanguigas, allora assai probabilmente il parosisma febbrile sarebbe più breve e violento; invece l'invasione della spore avviene in modo che il parosisma febbrila duri parecchie ore.

Vi sono dei casi in sui, durante il primo accesso, nel sangue periferico non si trovano parasiti. Ciò può spiegarsi ammettento che la generazione la quale dà luogo al primo accesso sia ancora debole. E anche possibile che gli individui di una tale generazione non pervengano nel cangue periferico. Per questa ragione può anche succedere che, durante tutto il corso della malattia i parasiti non si riscontrino mai nel sangue delle parti periferiche.

Gli autori non hanno osservato mai di simili casi, quantunque abbiano avuto occasione di esaminare parecchi ammalati durante il primo necesso. In quei casi in cui il tipo terrano passa nel tipo quotidiano, essi hanno potuto costantemente dimostrare la comparsa della seconda generazione.

In qual modo abbia luogo questa moltiplicasione delle generazioni, dove e come si sviluppi la seconda generazione, non è ancora noto, e difficilmente potrà apiegarsi, giacchè la seconda generazione essendo scarsa di numero, non è facila ad osservarsi.

apireccia non si trovarono mai corpi in sporulazione, benzi soltanto paraniti in quello stadio di sviluppo corrispondente al tempo in cui la osservatione veniva fatta. Dimodochè gli autori confermano l'opinione di Celli, cioè che la comparsa dell'accesso nel malarici è segno certo che nel organica, e questa proporsione è stata bene atudiata dal Golgi, il quale trovò un intimo nesso tra il numero del corpi in sporulazione e l'intensità dell'accesso. Anche le osservazioni degli autori parlano in favore dell'opinione dal Golgi, ed a questo proposito è assai dimostrativo il fatto che essi nei bambini hanno trovato i parasiti malarici in gran numero, e corrispondentemente a ciò nei bambini gli accessi sogliono essere molto intensi.

La malaria può guarire spontaneamente; gli autori hanno osservato 5 di tali casi, in cui rapidamente scomparvero i parasiti. La guarigione spontanea ha per lo più luogo nel seguente modo; invece cioè del parosisma che si aspetta, si verifica soltanto un lieve innalzamento di temperatura, durante il quale si trovano pochissimi corpi in sporulazione. In due casi i parasiti avevano un aspetto anormale (rigonfiamento idropico, sviluppo irregolare). In auti casi, intanto, la guarigione spontanea non è completa; ad ogni modo essi dimestrano che l'organismo può essi dimestrano che l'organismo può esso parasiale, se non completo. Forma il faro pitismo ha la parte principale in questa lotta.

Il chinino ha un'anione deleteria his parasiti malarici, analoga a quella osservata de parasiti infusori. Pare, però, che le varie specie di parasiti abbiano una diversa resistenza contro il chinino. L'esperienza clinica conferma, infatti, che la chinina agisce favorevolmente a preferenza nella tersana, più difficilmente nella quartana e nella quotidiana. La maggior resistenza al chinino la dimostrano le forme atipiche, maligne. Conformemente all'opinione di Golgi, Grassi e Feletti, Mannaberg, ecc., gli autori riagsumono così le loro osservazioni sulla influenza che il chimino ha nella maiaria:

il chinino non è in grado di impedire la sporulazione già inisiatasi, nei casi di quartana e tersana. La struttura dei corpi in sporulazione, sotto l'azione del chinino, resta normale, il loro numero nella quartana non si modifica; nella tersana invece diminuisce.

Il chinino uccide a preferenza le spore: maggiore resistenza oppongono le seconde generazioni della tersana doppia, ed una resistenza ancora maggiore i parasiti della terzana che si trovano nella 86a-88a ora del loro sviluppo. La massima resistenza oppongono i parasiti del gruppo delle samilune. Infine, come nella guarigione spontanea, la completa scomparsa dei parasiti dal gangua dopo il uso del chinino, insieme alla scomparsa

della febbre, è un segno da tenersi in conto, ma non assolutamente sicuro di guarigione. (Dessisches Archiv für kiënische Medicin; B1, 57, H. 5 n. 6, 1696). De Grasia

Salla siera-diagnesi nella febbre tifeide. Welsberg porta un contributo di 24 ceservazioni personali alla siero-diagnosi della febbre tifoide. In
un ammalato che contrasse la febbre tifoide, servendo nell'ospedale di Saint-Denis come infermisre, la proprietà agglutinante del siero comparve
dal 4º giorno. Degli altri ammalati che furono
osservati al principio della malattia, tre diedero
la reasione al 5º giorno, uno al 6º, quattro al 8º,
uno al 9º giorno e uno al 10º. — In due ammalati che ebbero una recidiva di febbre tifoide, si
constatò un'esagerazione dal fenomeno di agglutinazione. L'autore ha ottenuto la reasione con
tutti i liquidi organici, eccettuato la saliva.

L'urina ha dato la reasione in un modo incostante, giacché questa scompariva e ricompariva ED Pago ammalato.

Il liquido diarrolco agglutinava i bacilli di E berth, anhe prima che si potesse ceservare tale renomina nel sangue.

Il sudon ha fornito la reasione, 4 volte: una 6º giorno; una volta al 14º, e una volta al 18º giorno, dal principio della maiattia.

Nelle autopsie che l'autore potè praticare, fra i liqui li organici raccolti, l'umore acquec, e il liquido cefalo-rachidiano, la bile e il liquido atomacale non diedero la reazione che una volta soia; il liquido plearale 4 volte, il peritonesie tre volte, l'intestinale tre volte.

Come si vede, la siero-diagnosi è preziosa, specialmente in certi casi dubbi di imbarasso gastrico.

L'autore ha poi osservato il sangue di diciassette tifosi antichi, e ha potuto constatare che, sebbene in alcuni di casi il sangue aveva perduto la proprietà di agglutinare i bacilli di Eberth, in altri tale proprietà si conservava per molti anni (in uno sino a 27 anni dopo la sua febbre tifoide) (La Presse medicale, n. 104, 1898).

Mirto

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEL PELLEGRINI IN NAVOLL.—ALCUNE CON-SIDERAZIONI SU TRENTASETTE CASI DI SU-TURA OSSEA, pel dottor F a A M CE S CO SOR RES-TINO, chirurgo ordinario.

(Contin. e fine.-Vedi n. prec.)

Osser. XIX. — Paolo Grifo, di anui 49, da Trentola, si riceve il 1º marso 1894, per frattura esposta della tibia sinistra. È operato lo stesso giorno di sutura metallica con filo di ferro, che viene eliminato dopo 40 giorni: è lincesiato guarito il 16 giugno 1894.

Osser. XX. — Gastano d'Ambrosio, di anni 66, da S. Giuseppe di Ottaiano, viene ricoverato il 3 maggio 1894 per frattura della tibia sinistra complicata ad estesa e grave lesione dei tessuti molli. Il 8 giugno sutura ossea con filo di argento: viene eliminato dopo 56 giorni. In questo infermo si ebbe necrosi dei frammenti ed eliminazione di vari piccoli sequestri. Fu dimesso dall'ospedale il 29 novembre 1894, perchè guarito.

Otter. XXI. — Michele Gagliardi, di anni 30, da S. Agata dei Goti, riporta il 26 marzo 1894 irattura del mascellare inferiore in corrispondenza della sinfisi: vi esiste scomposizione dei frammenti e lacerazione della mucosa. Sutura metallica con filo di ferro il 29 maggio 1894; lattia l'ospedale il 14 giugno 1894; ritorna dopo 55 giorni e gli si estrae il filo metallico: si constata solida la riunione dei frammenti.

Osser. XXII. — Domenico Gallo, di anni 13, da Torre Annunsiata, si ammette il 6 maggio 1895, per una frattura del mascellare inferiore, anche sita verso la linea mediana; i frammenti sino obliqui e hanno caglonato la lacerazione della mucosa.

La sutura venne eseguita il 18 maggio, quando l'infermo era alquanto migliorato dell'altre lesioni riportate contemporaneamente, cioè di enfisema consecutivo alla frattura della 7° ed 8° costa di sinistra. L'infermo abbandona volonta riamente l'ospedale il 9 giugno. Ritorna alla 38° giornata dalla sutura e si estras il filo di ferro trovando abbastanza resistente la riunione ossea.

Osser. XXIII. — Antonio Arricolo, di anni 45, da Arienso. Ricoverato il 5 giugno 1895 per frattura complicata del cubito: si osserva inoltre frattura cottocutanca della clavicola cinistra, frattura della parete esterna dell'orbita con commonone cerebrale. La frattura esposta del cubito

non potette avere nel momento dell'ammissione, altro trattamento che la sola disinfesione. Il 25 giugno fu nelle condizioni di poter sopportare la sutura metallica con filo di ferro: viene dimesso guarit: il 18 agosto 1895. Il filo metallico sijeliminò dopo 34 giorni.

Osser. XXIV. — Andrea Borrelli, di anni 28, da Cercola, si presenta il 25 luglio 1895 per una frattura esposta della tibia sinistra. Sutura esses con filo di argento: si ottiene incopsolamento del filo; esce guarito il 31 agosto 1895.

Osser. XXV. — Tommaso Capitelli, di anni 54, da S.ª M.ª di Capua riporta una grave frattura complicata della tibia destra causata da asione diretta: vi esistono varis schegge mobili, contusione della cute e dei muscoli. Sutura metallica con filo di ferro appena giunto, perchè i frammenti erano grandemente spostati fra loro. Si ha suppurasione limitata delle parti molli; i frammenti restano fiesati dalla sutura: eliminasione del filo metallico in 50° giornata. Viene licenziato guarito il 8 giugno 1896.

Osser. XXVI. — Antonio Schiavo, di anni 18, nativo del Monte di Procida, ricoverato il 17 giugno 1896 per grave commozione cerebrale e frattura del mascellare inferiore. Il 80 giugno fù in condizioni da poter sopportare la sutura metallica con filo di ferro. Volle lasciare l'ospedale il 7 luglio: il filo metallico manteneva in contatto i frammenti.

Osser. XXVII. — Domenico Laessa, di anni 12, d' Acerra, il 18 ottobre 1896 riporta frattura complicata della tibia destra al 3º inferiore con molte schegge libere e contusione delle parti molli. Si libera il focolaio di frattura di tutte le schegge: si applica un punto di sutura metallica con filo di ferro per avvicinare i due frammenti: il superiore per la perdita di sostanza ossea, è ridotto di piùdella metà per la lunghezza di 6 a 7 centim., conservandosi integra la superficie antero-interna; la ferita dalle parti molli in parte si sutura ed in parte si saffa.

Si ha limitata suppurazione locale, distacco di tessuti necrotici appartenenti alle parti molli: i frammenti, malgrado ciò, sono mantenuti in contatto fra loro dalla sutura: il filo metallico venne eliminato il 2 decembre 1896. Buone granulazioni ricoprono la perdita di sostanza, che diminuisce sempre di estensione. Ora che scrivo questo resoconto (18 dicembre 1896) il processo di necformazione ossea! è abbastanza avanzato da aversi quasi l'immobilità dei frammenti.

Fratture esposte non recenti.

Le ceservazioni seguenti si rifiettono ad altre 5 suture metalliche su individui fratturati già da qualche tempo, ove esistevano già suppurazioni dei tessuti molli, necrosi dell'estremità dei frammenti, e ciò malgrado, grasie alla sutura ossea, si è ottenuta una salda riunione.

Osser. XXVIII. — Domenico Capaldi, di anni 25, da Picinisco (Caserta), viene ricevuto il 28 marzo 1891, reclamando di esser guarito di una fer ta d'arma da fucco riportata 45 giorni prima. All'esame si nota al braccio destro, 3º superiore, una ferita d'arma da fucco passante davanti in dietro, interessante parti molli ed osso.

Il focolaio della frattura raccoglie notevole quantità di pus. Dilatazione della ferita per avere una disinfezione conveniente; allontanamento di tutte le schegge libere: l'estremità dei frammenti per la lunghessa di circa 2 centim. sono prive di periostio.

Fognamento del cavo con tubi da fognamento ed immobilissasione dell'arto. Dopo 35 giorni di permanensa nell'ospedale la suppurasione è dominate, la ferita delle parti molli è ricoperta di granulazioni; la necrosi dei frammenti si è delimitata ad un paio di centimetri: si pratica al lora la resesione di questi fino ad arrivare sull'osso sano: si raschiano le granulazioni e si recentano i margini cutanei. Sutura metallica dell'omero con fili di ferro e con seta si riuniscono i t ssuti molli. Immobilissasione in un apparecchio gessato. Decorso normale: incapsulamento del filo metallico; viene licensiate guarito il 12 luglio 1891.

Osserv. XXIX. Antonio Giuditta, d'anni 17, d'Afragola, il 30 agosto 1892, cade da un carretto e lo ruota attraversa la parte anteriore del ginocchio destro. I tessuti di questa regione sono tutti interessati dal trauma, si ha apertura dell'articolazione del ginocchio e distacco del tendine del quadricipite nella sua insersione alla rotula. La gravessa della lesione fa cadere in necrosi quasi tutti i tessuti interessati dal trauma; la rotula spostata in basso, è in parte ricoverta di granulazioni. La distruzione del tendine del quadricipite priva l'articolazione dei movimenti di estensione: la sola cura possibile è che possa in parte ridare la funsionalità dell'arto perduto è di ottenere un'anchilosi.

Si apre il 28 ottobre 1892 l'articolazione, si resecca un sottile strato dei capi articolari mantenendosi molto lontano dalla linea della carti-

lagine di congiunzione per non disturbare l'accrescimento in lunghessa dell'arto, che appartiene ad un individuo di giovane età.

Si suturano le due superficie resceate con due fili di ferro applicati lateralmente, s'inchioda la rotula, ch'era portata in basso, raschiamento delle granulazioni, e con un lembo cutaneo, che si ottiene per scorrimento sia dalla parte superiore, che dall'inferiore, si ricopre tutta la superficie cruentata; apparecchio gessato: guarigione per primam, incapsulamento dei fili metallici. Viene licenziato il 22 decembre 1892.

Ossera. XXX.a—Tommaso Guaglione, di anni 51, da Vico Pantano, ammesso il 4 settembre 1892', avea riportato una frattura esposta dell'omero destro, 25 giorni prima. Per l'impropria me dicatura si ha suppurazione della ferita, che viene dilatata e disinfettata. Il 30 settembre si regolarizzano i frammenti, si suturano con fili di argento, essendo impossibile ottenere diversamento la ridusione; riunione delle parti molli. Incapsulamento del filo, riunione per prima intenzione. Esce il 10 novembre 1892.

Ossero. XXXI.*—Pasquale Cercola, da Giugliano, di anni 15, si presenta all'ospedale il 10 settembre 1893 con una frattura complicata del femore sinistro, 3º superiore.

Per le gravi condisioni delle parti molli non potette chindersi la ferita: disinfesione ed immobilissazione.

I frammenti tendono a spostarsi secondo la lunghema e per evitare questo inconveniente si applica un apparecchio ad estecsione coi pesi. Il 14 ottobre sutura dei frammenti con fili di argento, che vengono eliminati dopo due mesi. Si ottiene un callo solido. Viene dimesso guarito dopo 6 mesi.

Osserv. XXXII.2 — Pasquale Porcaro, di anni 23, da Arpaise (Benevento), il 13 febbraio 1894, riporta una frattura complicata dell'omero destro, cagionata da una ferita d'arma da fuoco (fucile) tirata a bruciapelo. Suppurazione della ferita, necrosi degli estremi ossei. Il di 3 maggio si sutura l'omero con un filo di argento previa, resezione delle estremità ossee necrosate; riunione delle parti molli. Eliminazione del filo metallico in 45° giornata. L' infermo lascia l'ospedale con callo solido il 18 ottobre 1894.

Pseudartrosi e calli deformi.

La cura delle paeudoartrosi ha preoccupato sempre i chirurgi ed i possi da essi escogitati si possono dividere in 8 tegorie: 1º stimolare la

energia riparativa senza penetrare nella sede della frattura; 2º provocare un processo attivo di neoformazione mediante irritanti portati nella sede della frattura; 3º mettere allo scoperto il focolaio ed agire attivamente sui frammenti.

Oggidi con l'aiuto dell'antisepsi e dell'assepsi si ricerre ordinariamente alla cura più efficace sgendo direttamente sulla lesione.

Alcuni autori si sono contentati d'irritare il periostio, raschiare leggermente le ossa, e per-

Altre volte si sono messe le cesa allo scoperto, si sono cruentati i frammenti, mettendoli in giusta posizione.

Il primo tentativo di resessione fu fatto da White di Manchester nel 1760 e con buca risultato e per vari infermi. Certo però prima dell'antisepsi la gravessa di questa operazione doveva esser consideravole.

Gli autori hanno dato alla superficie resecata ora una linea di s. sione perpendicolarmente trasversa ora obliqua a scarpa, come preferiva Horeau nel 1805, ed a V, sporgente da una parte, rientrante dall'altra, metodo adottato da-Berger. Questa superficie cruentata si è mantenuta in contatto con fili metallici che circondavano le d'ue estremità tagliate obliquamente (Horeau), oppure trafiggendola con chiodi assettici.

Nelle sezioni regolari e trasverse si sono praticati alla periferia uno o più fori, a traverso i quali si sono passati dei fili metallici che si sono attorcigliati fra loro. Gli estremi di questi fili ora si sono lasciati in fondo alla ferita da avere una sutura perduta; altre volte si sono fatti uscire a traverso la ferita esterna per poterli estrarre prù terdi.

Hamilton (pag. 72) dies di esser riuscito ad impegnare l'estremità d'une dei frammenti nal canale midollare dell'altro. Assai prima di hi, Roux (1) avea eseguito la stossa operatione: in quest'ultimo caso, una caduta due mea dopo determinò tali complicanse, che si dovette amputare il braccio. Disgrasiatamente l'esservazione non dice nulla sullo atato dell'osmo, che era stato così trattato.

Nell'accademia di medicina di Parigi (tornata dal 14 agosto 1894), De lor me riferisce un caso di guarigione di pseudo-artrosi dell'omero, trattata con il processo dell'incastramento.

Presenta un individuo con pseudartrosi avve-

nuto in seguito a ferita d'arma da fuoco (fucile) dell'omero. Quest'operazione fu discussa da Bère en ger, Ferand, Bonn e Berard e fu rigettata, perchè la distruzione del canale midoliare, che si richiede per il frammento superiore dell'osso fratturato per incunearvi il frammento inferiore, fu ritenuto che arrecasse la necrosi dell'osso. Quest' operazione, dopo specialmente il caso del Delorme, prenderà grazie all'assepsi un posto importante nella cura della pseudartrosi.

In certi casi si dovette ricorrere al trapianto cesso. Nuss baum, in una frattura del cubito con perdita di sostansa, distaccò dal frammento superiore una porsione lunga 5 cm., comprendente circa la matà della spessessa dell'osso, e sensa sesionarla in tutte le sue aderense fibrose, la rivoltò in basso in modo da colmare la perdita di sostansa e il risultato fu soddisfacentissimo.

Rydygier (2) incide, nelle pseudartrosi ribelli, le parti molli fino al pariostio, separa il periostio dalle due estremità ossee in guisa da ottenere due lembi per quanto più possibilmente grandi con la base situata all'estremità delle due ossa. Egli piega questi due lembi alla loro base e dirige il superiore in basso e l'inferiore in alto e li gira nel tempo stesso sul loro asse, in modo che la parte interna del periostio viene a coprire la pseudartrosi. L'autore in parola dies di aver ottenuto eccellenti risultati con questo processo, che avrebbe il vantaggio di evitare lo accorciamento.

Altri hanno adoperato delle piastrine di alluminio per fissare i frammenti nelle pseudartrosi e Thirial (3) riporta due casi di guarigione. Trattavasi di due casi di pseudartrosi, una da frattura comminuta e complicata del 3º inferiore della tibia, e l'altro anche da frattura complicata e comminuta del 8º inferiore del femore destro. Dopo di aver messo in pratica i processi ordinari di sutura e non essendovi riuscito, attenendosi alla più scrupolosa antisepsi, dopo la incisione della pelle e dei muscoli delle parti corrispondenti, scollò il periostio e piano le piastrine di alluminio fissandole con viti a testa piatta. Ambedue gli ammalati guarirono completamente.

Questa idee delle lamine metalliche non è recente, ma offriva difficoltà nell'applicazione per difetto di antisepsi. Prima di Thirial anche

⁽f) Halgaine. — Toma 1°, pag. 815.

^{(1) «} Giorn. Intern. », 1879.

^{(1) «} Journ. des Prat. », n. 30, 1998.

Quenu nel 1891, si servi con vantaggio dello alluminio conformato a piastrine nella cura delle pseudartrosi.

Infine, in casi gravissimi si è sperimentato il trapianto etero plastico, di periostio o di ossa viventi, o l'inserzione di ossa decalcificate e di avorio.

E quando il chirurgo si trova dinanzi a pseudoartrosi con ossa atrofiche ed assottigliate, se non può applicare nessuno apparecchio protesico, come è di certe pseudo-artrosi degli arti inferiori, in tali circostanze si deve ricorrere all'amputazione.

Però prima di venire a questa ultima ratio, bisogna che il chirurgo si convinca che non esista alcun metodo, che possa arrecare la guarigione all'inferno.

In quattro casi di pseudartrosi io ho ottenuto la guarigione col mettere allo scoperto il focolaio della frattura, recidere tutte le parti molli esistenti tra i frammenti, resecare questi fino ad arrivare sulla sostanza ossea e con mantenerli ravvicinati mercè uno o due punti di sutura. Mi sono potuto convincere che il callo osseo si è conseguito, non tanto, perchè i fili metallici possano fissare immobilmente i frammenti, ma perché la loro presenza risveglia nell'osso un processo d'irritazione tanto necessario alla produzione ossea. Nel laboratorio di Anatomia patologica diretto dal Prof. O. Schrön sperimentando per altre mie ricerche su giovani animali, he avuto l'agio di osservare, come le ossa lunghe perforate da sottilissimi fili di argento e sacrificando dopo 20 a 25 giorni gli animali, presentavano in corrispondenza del filo metallico una neoformazione ossea notevole, tanto che il diametro loro misurava più del doppio dell'osso dell'altro lato.

Osser. XXXIII. — Felice d'Orso, di anni 47, da Cervinara, riporta una frattura obbliqua della tibia il 2 settembre 1892: si presenta all'ospedale il 5 febbraio 1893 e si nota completa mobilità dei frammenti, malgrado l'uso di apparecchi solidi. Il 14 febbraio 1893 si procede all'apertura del focolaio della frattura, si escide il tessuto fibroso esistente fra l'estremità dei frammenti; resessione di questi, limitandosi ad un sottile strato. Sutura ossea con due fili di ferro: immobilizzazione dell'arto con appparecchio gessato. Guarigione per primam: incapsulamento del filo metallico. Esce completamente guarito il 4 maggio 1893.

Osser. XXXIV. — Francesco Striano, di anni

49, da Napoli, cadendo sulla palma della mano sinistra, si frattura l'antibraccio verso la diafisi. Si presenta all'ospedale il 15 giugno 1893, circa cinque mesi dell'avvenuta lesione. Anche questo infermo ha sperimentato inutilmente varl apparecchi solidi, alcuni dei quali sono stati preceduti da confricazione dei frammenti. La linea di frattura è nella diafisi: il radio si mostra scontinuato due cm. più in basso del cubito. Si nota la grande mobilità dei frammenti da rendere penzolone metà dell'antibraccio e della mano sul rimanente dell'arto. Si scoprono i due frammenti mediante due incisioni separate, una esterna sul radio e l'altra interna sul cubito. Fra le estremità ossee si trova tessuto fibroso che mantiene distanti i frammenti fra loro circa 3 cm. Si liberano i frammenti dei tessuti molli interposti, se ne recentano gli estremi, sutura ossea con fili di argento: quest'atto operativo venne eseguito il 23 giugno 1893.

Guarigione per prima intensione: il filo metallico non viene eliminato. È licensiato il 15 agosto 1898 con consolidazione della frattura.

Osser. XXXV. — Giuseppe Fiordelisi, di anni 18, d'Aversa, viene ammesso il 2 gennaio 1896. Tre mesi innansi, ebbe, in seguito a causa indiretta frattura dell'omero sinistro. Nessun accenno di produsione ossea fra' frammenti, che sono allontanati fra loro per circa due dita trasverse, da tessuto molle.

Il 6 gennaio si resecarono trasversalmente i frammenti nelle loro estremità e si asporta il tessuto fibroso esistente fra essi. Riunione di essi con due punti di filo di argento. Lascia l'ospedale completamente guarito dopo 4 mesi: i fili metallici si eliminarono dopo due mesi.

Osserv. XXXVI.ª—Domenico Milucci, di anni 40, da Calvizzano, viene ricoverato il 3 giugno 1896 per essere guarito di una pseudo-artrosi dell'omero sinistro.

La frattura era avventa da poco meno di 4 mesi. Ha invano praticato le opportune cure chirurgiche. I due frammenti allontanati fra loro per 23 cm., da tessuto molle, senza il più lontano accenno a produzione ossea. Metodo operativo, come nel caso precedente: la sutura ossea si esegue con i fili di argento il 14 giugno.

Velle lasciare l'ospedale il 30 agosto 1896: la frattura era quasi consolidata. Ritorna dopo 40 giorni e si constata la riunione solida dei frammenti. Il filo è eliminato dopo 65 giorni della sutura ossea.

Osserv. XXXVII.a Opesta sutura venne ese-

guita sopra un individuo con callo deforme del subito. L'infermo a nome, Leopoldo Esposito, di anni 37, da Napoli, reclama di esser guarito di un callo deforme dell'estremità inferiore del cubito sinistro, avvenuta in seguito a frattura per colpo diretto.

I frammenti ni erano spostati secondo la spessessa ed il frammento inferiore si portava in dentro verso il radio, spostamento mantenuto in primo tempo dalle contrazioni del pronatore rotondo. La deformità si era pronunziata specialmente in questo frammento, il quale, mentre aderiva al radio, premeva dal lato palmare i tessuti molli da dentro in fuori da mostrarsi già abbastanza assottigliata la cute. Dolorosi e limitati i movimenti di pronazione e supinazione. Viene il 17 maggio 1894: la lesione era accaduta 40 giorni prima: si opera il 19 maggio, 2 giorni dopo la recessione.

Distacco dei frammenti fra loro e di quello inferiore del radio, facendo uso di un piccolo

scalpello.

Asportazione della sostanza ossea esuberante. Il frammento inferiore tendendo a portarsi in dentro, si sutura con filo di argento al frammento superiore.

Abbandona l'ospedale, guarito, il 15 luglio 1894: si ebbe eliminazione del filo metallico dopo 85

giorni.

Ed ora mi oredo autorizzato a venire alle seguenti conclusioni dallo studio del casi su riferiti:

1º Non esser esatto, come voglicno alcuni, che fra i fili metallici, meritano la preferenza quelli di argento, per il più facile incapsularsi, poichè io ho adoperato in 37 suture ossee, 24 volte i fili di ferro ottenendo 18 incapsulamenti, ed 11 volte l'eliminazione, mentre ho usato 18 volte i fili di argento con 7 incapsulamenti e 6 eliminazioni.

L'ottenersi o non l'inclusione del filo metallico è in relazione con le condizioni locali del focolaio della frattura e dei tessut molli circostanti:

2º D'ordinario non si deve eseguire la sutura osses immediatamente dopo della lesione in tutte le fratture complicate a gravi alterazioni delle parti molli circostauti alla frattura. Si ottengono migliori risultati aspettando che ogni pericolo di complicanza sia eliminato;

3º Nella cura della pseudo artrosi il processo di guarigione deve moltissimo alla perforazione dei frammenti ed alla presenza dei fili metallici,

guita sopra un individuo con callo deforme del la cui presenza risveglia un attivo processo di

Decembre 1896.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Accademia medico-chirurgica e di Scienze naturali in Farrara. - La laparotomia nalle peritoniti tubercolari. -Riserche batteriologiche sull'acqua potabile di Ferrara.-Sui gangli spinali.

ACCADEMIA MEDIOO CHIRUBGICA E DI SCIENZE NATURALI IN FERRARA

Tornaia del 15 decembre 1896.

Presidente SALA.

MOSTRO RESCOUNTO PARTICULARS

La laparetomia selle periteniti tubercelari. A Board riferisce le storie cliniche di sei donne da lui operate di laparotomia per tubercolosi del peritoneo. In cinque di esse si ebbe la guarigione che data rispettivamente da 81, 80, 17, 9 s 7 mesi. La eseta mori 8 mesi dopo l'operazione, di cui era guarita, per tubercolosi polmonare. La natura tubercolare del processo però non poté essere constatata in modo assoluto che in 8 soli casi.

Nelle forme ad escudato liquido (sinque casi), l'oratore praticò semplicemente l'apertura del ventre, prosciugando acquiratamente il peritoneo con scrupcioca asepsi e richiudendo immediatamente con sutura a strati, se la raccolta era libera (quattro volte), saffando invece, quando si trattava di peritonite saccata (un caso). Una sol volta asportò pure le trombe e le ovaje allo scopo di allontanare il focolalo primario; la qual cosa non si deve trascurare mai, ogni qual volta è possibile di farlo senza pericolo.

In un caso a forma secca e casecea non gli fu possibile asportare tutto il tumore contituito dalle trombe e dalle ovaje insieme conglobate. Ad onta

di ciò l'ammaista guari.

La qual cosa dimostra che le tumefasioni tubercolari si risolvono per influenza della semplice

laparotomia.

Passa in rivista le varle teorie messe avanti per ispiegare tale influenza e cita le osservazioni cliniche e gli studi sperimentali che dimoetrano la scomparsa dei tubercoli e spiegano il modo con cui essa avviene, senza però pronunciare alcun giudizio in merito. Conclude affermando che la laparotomia può portare vantaggio, durevole miglioramento e perfino la guarigione dell'ascite tubercolare.

E. Cassti ha praticato circa una trentin di laparotomie per peritonite tubercolare e conta moltissime guarigioni, una delle quali data da cussi 6 anni.

Conferma quindi i vantaggi dell'atto operativo in questa localizzazione del processo tubercolare, Litimamente, in un caso, partende dall'idea espressa dal Trambusti, che la guarigione del processo sia dovuta ad un aumento dell'azione leucocitaria per lo stimolo dell'atto operatorio, egli si accontentò di praticare un semplice occhiello nel ventre, quel tanto che bastò per constatare la presenza dei tubercoli, e, intanto che il liquido usciva, introdusse uno zaffo di garza allo scopo di esercitare un'irritazione sul peritoneo, lasciandolo in sito per qualche tempo.

L'esito fu la guarigione.

Chiappini è perfettamente d'accordo coi precedenti oratori, circa l'efficacia della laparotomia nelle forme tubercolari del peritoneo. Ha ottenuto anch'egli parecchie guarigioni, di cui una da 8 anni. In un caso di recidiva, nel quale ebbe occasione di rioperare la paziente, vide che quella avea preso partenza dal moncone di tromba precedentemente asportata.

Turi trova la lettura del dott. Boari molto ben fatta e dotta, ma non può convenire sulle facili e definitive guarigieni dopo questa operazione: occorre un lasso di tempo ben più lungo di quelli che non siano, 2, 8 ed anche 5 anni per conchiudere sulla scomparsa d'ogni germe, in questi tempi in cui si ammette la tubercolosi latente. Il vantaggio dell'operazione è sempre reale anche se temporaneo, ma non assicura sulla non difficile riapparizione del processo.

Pur non accettando la legge del Louis, egli crede, in base alla sua lunga pratica ospedaliera, di non poter accordare che una utile si, ma, almeno in moltissimi casi, non duratura guarigione della peritonite tubercolare dopo la laparotomia.

Boarl.—I medici giudicano sui casi di peritonite tubercolare che non sono guariti per mano del chirurgo, i soli che essi hanno occasione di vedere, poichè quelli guariti non ricorrono più a loro.

Chieppini.—Con la laparotomia si ottiene spesso, non fosse altro, di togliere di mezzo il focolaio che può essere fonte di tubercolosi in altri organi.

Trambusti fa osservare che gli esperimenti sugli animali confortano l'opinione della possibilità della guarigione della peritonite tubercolare per mezzo della laparotomia.

Minerbi.—La guarigione delle peritoniti tubercolari è probabilmente una guarigione clinica non anatomica.

Essa si verifica spesso anche con semplici cure mediche, almeno nelle forme apirettiche. Quindi i chirurgi dovrebbero essere meno corrivi a praticare la laparotomia, che egli vorrebbe riservata alle sole forme febbrili.

! Boari.—I casi di Novaro, Picque, ecc., dimostrano abbastanza che è possibile una vera guarigione anatomica del processo.

Miserbl.—Il non avere, in una seconda laparotomia, trovate più tubercoli sul peritonoo, non vuol dire che non ce ne fossero più nel ventre, poichè i detti chirargi non avranno certo poto potute ispesionare uno per uno tutti i gangli mesenterici e prevertebrali.

Casati ha operato sempre soggetti che gli erano stati passati dalle sale di medicina, nei quali cioè era già stata esperita inutilmente la cura interna.

Ricerche batterielegiche sull' acqua patabile di Ferrara. L. Baldassari durante tutto l'anno 1896 ha eseguito numerosi esami batteriologici dell'acqua potabile di Ferrara, la quale è derivata da Castelfranco Emilia con un acquedotto a conduttura forzata lunga 57 chilometri.

Ebbe cura di prelevare i campioni in punti diversi, cioè ai fontanini di Castelfranco, al serbatoio presso Ferrara, alle fontanelle pubbliche in città, ai rubinetti di distribusione nelle case. Il numero massimo di germi trovato per centimetro cubico è stato 84; aicune volte dalle culture si ebbe sviluppo appena di qualche colonia, una volta di nessuna; la media dell'anno è stata 10,6. Le colonie fluidificanti sono rappresentate da un numero massimo di 11; più volte non se ne è sviluppata alcuna: il rapporto tra queste ed il totale dei germi non ha mai superato 88,8°[a.

I microrganismi sviluppatisi appartengono a specie comuni delle acque: sono da ricordarsi per la maggior frequenza «il bacillus liquefaciens, il bacillus liquefaciens fluorescens, il micrococcus caudicans, il micrococcus luteus, il micrococcus rosso, il bacillo rosso, il bacillo acquatile giallo-oro, la sarcina aurantiaca». Non si è mai avuto sviluppo di alcun germe patogeno; non si è mai notato che il numero dei microrganismi abbia subito oscillasioni notevoli in rapporto agli agenti atmosferici.

La temperatura dell'acqua ha variato da 26° e 5°, seguendo assai da vicino le oscillazioni della temperatura dell'aria. Questo avviene per il lungo percorso dell'acquedotto; infatti ai fontanili di Castelfranco, l'acqua della fine di luglio aveva la temperatura di 14° e l'aria di 29.

Dalle ricerche fatte si può concludere che l'acqua potabile di Ferrara, per il numero dei germi che contiene, per la loro specie, per la cestanza delle stesse forme, va annoverata tra le acque batteriologicamente più pure.

Sul gangli spinali. E. Cavazzani comunica alcune osservazioni sui gangli spinali dalle quali risulta quanto segue:

1º le cellule dei gangii spinali hanno grandezze diverse nei vertebrati appartenenti a specie diverse (uomo, scimmia, cane, gatto, bue, coniglio, riccio, topo, rana);

2º la grandezza delle cellule non è direttamente proporzionale al volume del corpo nei diversi vertebrati; nelle rane si trovano cellule grandi così come nel coniglio; le più grosse spettano però al bue, il più grande degli animali studiati dall'autore;

B° negli animali della stessa specie, ma di razza diversa, le cellule presentano diametri differenti a seconda della specie.

Nel cane volpino ci sono cellule di 62 μ'in media, nel cane da ca coi di 82, in quello di razza bulldog di 60 μ.

denna media delle celiule è maggiore nell'adulto; il gatto adulto ha cellule con diametro doppio del gattino di due giorni; il feto bovino del peso di 2500 gr. ha cellule di 42 µ; quello del pe-so di 4000 gr., ne ha di 54 µ, il bae adulto di 110 p

o nello stesso animale il dismetre medio delle cellule dei gangii cervicali e dei gangii lombari (mammifezi), varia da quelle delle cellule dei gangit doreali, che sono un poce più piccoli; così avviene per la rana , dove i gangit del settimo ed ottavo nervo hanno cellule di maggior diametro medio, che i gangli del secondo nervo;

🚭 l'accorciamento artificiale di un nervo da luogo nella rana ad un impiesolimento delle

cellule nei gangli rispettivi;

7º nella solumia , come in altri animali, le scilule del gangii si presentano setto due diversi aspetti; ora grandi, regolari, trasparenti, con nualso centrale, hanno speciale affinità per la colorazione assurrognola col metodo del Weigert e del Vascule, comune alla guaina delle fibre nervose; si colorano poco con altre sostanse; ora mi vedozo invece più piccole, irregolari, con nucleo alla periferia; col metodo sopra citato si colorano in bruno ansiché in assurro.

La colorazione assurra delle cellule dipende dalla presensa nel loro citoplasma di minuti granuli, che assumono la sostenza colorante, mentre il nucleo ed una parte del citoplasma si colorano diversamente in giallo-chiaro. Esistono poi forme intermediarie;

80 i gangli spinali contengono una quantità percentuale d'asoto apperiore a quella dei nervi

periferici e del centri.

Forono dosati infatti gr. 8, 02; gr. 2, 45; gr. 2,80 olo nei gangli, mentre le radioi ne contenevano rispettivamenta gr. 2,50; gr. 1,94; gr. 2,80 *io-

Il rapporto è stato quasi costante fra 1: 1,20 ed 1: 1,26. Dati dell'Halliburton lasciano ritemere, che nello sciatico l'asoto si trovi in proporzione di 1,65 %, e nella sostanza grigia cerebrale di 1,26 %; rapporto inverso a quello determinato dall'autore nei gangli spinali.

Bennati

LB GLINICHE ITALIANS

Clinica Chirurgica della R. Università di Pisa diretta dal prof. Antonio Coci (1).

MOSTEO RESOCCITO PARTICOLARE

(Dal 15 giugno al 16 tuglio 1896)

Interemiomectemia tetale addeminale.—Forant Ecrichetta, di anni 42, da Pisa. Virgo intacta. Tre anni or sono, circa ogni disci gierni era solta da emorragie, che si ripeterono per alcuni mesi; poi i mestrui si fecero regolari, ma l'ammalata avvertiva sempre dolori prima delle mestruazioni.

🐠 negli snimali della stessa razza, la gran-| Soffriva anche di tenesmo vescicale, che aumentò progressivamente. Da poco tempo la paziente avverte un tumore della regione ipogastrica, L'inferma era abitualmente stitica da parecchi anni: aveva aspetto macilento, gote cianotiche e presentava un soffio in primo tempo alla punta del cuore. Di malattie pregresse non aveva sofferto che di reumatismo poliarticolare.

> All' esame si trova un tumore duro, bernoccoluto, occupante la parte inferiore del ventre dal livello dell' ombelico in giù ed affondantesi nella pelvi. Al riscontro vaginale s' incontra, a 8 cm. dalla forchetta un tumore, che occupa il fornice destro. La porzione vaginale trovasi in alto e a

sinistra. Il tumore è poso mobile.

Si fa diagnosi di fibromioma intramurale destro con sviluppo interligamentose prevalente. Si pratica l'isterectomia addominale nella posizione di Trendelen burg. La cloronarcosi è stentata , mai completa. Si fa un'incisione dallo ombelico al pube. Si trova che il tumore è fortemente fissato dai ligamenti larghi tesi: s'incidono questi sopra ligature frazionate. La vescica, aderente al tumore, viene scollata.

Si formano un lembo anteriore ed uno posteriore e si scollano diligentemente. Afferrate con le pinzette le inserzioni laterali dell'utero si dividono sopra di esse. Si apre la vagina e si estrac-

l'utero.

Si sostituiscono tutte le pinsette emostatiche

con ligature in catgut.

Si sutura la vagina introflettendone la mucosa; al sutura quindi il peritoneo pelvico arrovesciando nell'imbuto le ligature degli annessi e affindandol . Toilette del peritoneo: sutura del peritoneo e delle pareti addominali. Durata dall' operazione un'ora circa.

Yuotamente delle regioni sattemascolleri.—Bimoni Italo, di anni 16, da Pisa. Da nove anni è affetto da linfoadeniti tubercolari delle regioni sottomascellari, soprajoidea ed ascellari. Ha l'alito fetido ed è affetto da osena. Presenta cicatriti deformi del collo e due seni fistolosi, ciascuno in una regione sottomascellare: questi seni fistolosi sono in diretto rapporto con pacchetti di linfomi serofolosi. Cloronarcosi lunga e stentata. Si escgue in primo tempo il vuotamento della regione sottomascellare sinistra : durants quest' atto operativo si dovette ledere la vena giugulare interna (parietalmente) e l'arteria linguale, che furono legate: vennero estirpate le giandule sottomascellari. Si procedè quindi al vuotamento della regione sottomascellare destra. Si zaffarono le cavità cruenti con gazza jodoformica.

Osforesalpingoctomia bilaterale od istoreposala addeminale.—Lugetti I is, di anni 28, da Caprona. Fu mestruata a 14 anni, maritata a 20. Ha avuto cinque parti, due dei quali con feto morto. Quattro anni fa, dopo il Bo parto, fu colta da infesione puerperale con phiagmatic alba dolens; da quel tempo insorsero dolori a forme di coliche salpingitiche. Tre anni fa ricoverò in quest' ospetale, ma la cura praticatale fu senza effetto.

Seguitarono le coliche salpingitiche, che pre-

⁽¹⁾ Le lesioni term narone cel gierne 15 giugne, la linica parò rimasa aperta, per concessione ottenutane laco al El luglio,

dussero un deterioramento grave della nutrizione generale. Gli accessi, che precedevano le mestruazioni si iniziavano con dolori nelle regioni iliache ed ipogastriche ed il ventre si faceva tumefatto. Stabilitosi lo scolo catameniale, cessavano questi disturbi. Spesso la mestruazioni assumevano il carattere di menorragie. All'esame si trova la porzione vaginale molto alta ed aperta, l'utero piuttosto piccolo: l'ovaio destro alquanto ingrossato e dolorosissimo: il sinistro pure spinto è fizsato in avanti quasi sulla linea mediana e doloroso. S. fa diagnosi di salpingo-ovarite cronica bilaterale con fissazione abnorme degli annessi di sinistra

Operazione.—Cloronarcosi, Posizione di Trendelenburg. Si pratica un'incisione ipogastrica di cm. 6. La falda peritoneale è così alts, che necessita prolungare l'incisione per altri 8 cm. Si trova che l'ovaio di sinistra e le tube sono aderenti alla vescica urinaria: con molta circospezione vengono da questa distaccate, servendosi per guida di una sonda introdotta in vescica. L'ovaio sinistro è discretamente voluminoso e contiene una materia liquida densa, purisimile, che nelle manovre di distacco si vuota, fuori però della cavità peritoneale. Gli annessi di destra non presentano aderenze. Vengono sopra legature frazionate tolti via gli annessi, sia di destra, che di sinistra. L'utero viene fissato alla muscolatura addominale con tre grossi punti in catgut. Durata dell'operazione 40 minuti. Narcosi ottima.

Estirpazione di ciste del mascellare superiore. — Buonasera Antonio, di anni 56, da Ripafratta. Da 6 anni si accorse di una tumefazione, che, cominciata dalla regione canina sinistra, raggiunse il corpo del mascellare superiore omonimo, fino all'osso zigomatico: contemporaneamente è avvenuta una depressione nella metà corrispondente del palato duro. Il tumore é chiaramente flutuante. Alla puntura fuoriesce un liquido quasi limpido con gocce oleose. Si fa diagneei di ciste dentaria del mascellar superiore.

Operazione. — Morfio-cocainizzazione. Si esegue un'incisione laterale contornante la pinna del naso ed il filtro a sinistra senza divisione completa delle labbra. Incise le parti molli, si scopre la membrana sottile trasparente della ciste, che si cerca per via ottusa di separare dall'osso, ma la ciste si rompe lasciando uscire un liquido trasparente con gocce oleose.

Aperta la ciste si trova che è irregolare, invade quasi tutto il corpo del mascellare superiore ed ambedue le regioni canine: nel pavimento di essa fanno sporgenza le punte delle radici dei denti incisivi e del 1º e 2º molare di sinistra. Col raspatoio e col cucchiaio di Volkmann, viene separata la membrana dalle ossa su cui si impianta: una lamina ossea papiracea la divide all'interno dalla cavità nasale ed all'esterna dall'antro d'Higmo ro: all'esterno viene tolto con la membrana un frammento di lamina ossea e la cavità ossea circostante alla ciste si mette in comunicazione con l'antro d'Higmo ro. Si pre-

tica un lavacro con soluzione borica: ai fa uno zaffamento della cavità, facendolo uscire per un tratto dall' incisione esterna, che per tutto il reste vien suturata.

Estirpazione di polipe uterine. — Pinelli Assunta di anni 82, da Pisa. Virgo intacta. Fu mestruata a 14 anni. E da due anni che soffre di metrorragie, che si fecero più imponenti da sei mesi a questa parte. Accusa dolori a sinistra, che si esacerbano nel periodo mestruale. Da un mese che la paziente sta in assoluto riposo in Clinica sono cessate le metrorragie. Esaminata più volte si trovò l'utero un pò ingrossato, con orifisio piuttosto ampio. Esaminata l'uitima volta si trovò che dall' orificio del collo sporgeva in vagina un polipo grosso quanto una noce avellana. Cloroformizzata la paziente, il polipo viene afferrato, con una lunghetta e con ripetuti movimenti di torsione strappato dalla sua inserzione: viene eseguito pure il raschiamento della cavità uterina che è molto ampia e zaffata la cavità stessa con garza jodoformica.

Estirpazione di mammelia e vuotamento del cave ascellare. — Grossi Caterina, di anni 48, da Collemandino. E' da venti anni che si è accorta della presenza di un nodulo molto mobile posto nel quadrante superiore esterno della mammella sinistra. Il nodulo, che aveva avuto accrescimento lentissimo fino ad un anno fa, subi da quell'epoca un insolito incremento e cominció a dare delle fitte dolorose. La pelle della regione mammaria ed il capezzolo sono integri: si palpa un nodulo, irregolarmente ovoidale; di cm. 6 X 4 nel quadrante superiore esterno della mammella sinistra, aderente in alcuni punti al tessuto sottocutaneo. Si avvertono degli ingrossamenti glandulari nel cavo ascellare di sinistra. Si fa diagnosi di carcinoma della mammella con ripetizione nel cavo ascellare. Cloronarcosi. Si estirpa la mammella con ablazione di gran parte del muscolo grande pettorale e si esegue un accurato vuotamento del cavo ascellare, di tulle le glandule e di tutto l'adipe. Si pratica un'esatta sutura di avvicinamento in catgut ed una sutura esterna in seta: si pongono due fognamenti fuori della linea di sutara.

Vuctamento delle regioni parctidea, settemascellare, sopra-icidea e carctidea sup. sinistre. — Tredici Eleonora, di anni 18, da Pisa. Presenta linfoadeniti croniche delle regioni parctidea, sottomascellare soprajoidea e carctidea superiore sinistra. Oloronarcosi. Praticata un' unica incisione nella regione carctidea superiore sinistra, allo scopo di non lasciare eccessive deturpasioni, da quest' unica incisione vengono vuotate, spostando la pelle, tutte le regioni contenenti, i gangli linfatici ingrossati, di aspetto midollare, senza punti di degenerazione caseosa, nè di suppurazione. Si fa una sutura parziale e lo zaffamento con garza jodoformica, da togliere dopo 24 ore, per stringere allora i punti messi nel centro.

cavità ossea circostante alla ciste si mette in comunicazione con l'antro d'Higmoro. Si pra-Luperini Leopoldina, di anni 89, da Nodica, ha sofferto di febbri malariche: fu mestruata a 17 anni, maritata a 19. Ha avuto nove parti: la penultima volta aborti al 5º mese. L'ultimo parto avvenne sedici mesi fa. La paziente soffre di perdite leucorroiche da dieci mesi e di dolori, che dalle regioni lombari s'irradiano alla regione ilisca destra. Al rinscontro ed alla palpasione addominale si trova l'utero discretamente ingrossato, completamente retroverso, ma mobile. Gli annessi sono normali, ma dolorosi. Esiste stitichezza ostinata. Cioronarcosi. Posizione di Trendelenburg. Si esegue la laparotomia ipogastrica con m'incisione piccolissima. Afferrato l'utero e assicurato con una pinsa, si troyane però da ciascun lato varicoceli di alto grado: per questo reperto anatomo-patologico vengono portati via gli annessi, previe legature frazionate.

L' utero viene ventro-fissato col solito processo. Anche le legature degli annessi vengono fissate

alla ferita addominale.

Durata dell'operazione 80 minuti.

isterectomia vaginale per carcinema. — Galectti Consiglia, di anni 45, da Castellina Marittima, fu meetruata a 12 anni e le mesuruazioni si mantennero sempre regolari. Ebbe sette parti, uno dei quali gemellare: aborti due volte. Da due anni è avvenuta la menopausa. Dal marso di quest' anno insorsero metrorragie. All'esame con lo speculum si nota un' ulcera a fondo granuloso, dura, occupante tutta la porsione vaginale del collo, che è in gran parte distrutta: tre centimetri anche di vagina circolarmente sono distrutti. L'utero è piccolo e mobilissimo : non esistono pleiadi inguinali: lo stato generale della pasiente è buono. La vescica aderisce per largo tratto all' ulcera : però, esplorata con una sonda e con le dita in vagina sembra mobile.

Cloronarcosi, disinfezione energica della va-

gina e dell' ulcera.

S' incide la vagina circolarmente a 15 mm. dall'ulcera e si pratica lo scollamento prima anteriormente, poi lateralmente e posteriormente sia dalla vagina sana come dalla vagina infiltrata; posteriormente si arriva al cul-di-sacco peritoneale. Il manicotto vaginale così preparato si rovescia, coprendo completamente l'ulcera carcinomatosa e si fissa con tre pinzette da presa di Pèan.

Si prosegue con estrema cautela l'isolamento anteriore, avendo cura di constatare continuamente lo spessore della vescica con una sonda introdottavi e si giunge alla cavità peritoneale.

Si esegue la ligatura frazione dei ligamenti larghi e con l'utero vengono estratte le tube e gli ovarî. Si fa la sutura del peritoneo alla vagina ed una sutura peritoneale doppia.

I fili vengono assicurati da ciascun lato agli angoli del moncone vaginale. Ad operazione finita

la vagina non è più lunga di 4 centim.

Ablazione di tumero, originantesi dalle cavità etmoldali ed invadente le cavità nasali di sinistra con estirpazione tetale dell'etmeide. - Anichini Ida, di anni 16, da Pisa. Questo caso importantissimo gione di questa avvenne la distensione e rottura

sarà riferito minutamente in apposita memoria per cui mi limito ora appena a segnarlo.

Nefrepessia. -- Lazzara Annunsiata, di anni 82, da Livorno, fu mestruata a 12 anni, maritata a 18. Ha avuto sei parti ed un aborto. Racconta l'inferma che nel marzo del 1894, volendo alsare un materasso provò un violento dolore nella regione renale sinistra e svenne: fa curata con riposo assoluto e rivulsivi : dopo venti giorni ebbe una emottisi : un anno fa, avendo la pasiente sempre delori continui nel fianco destro, le fu diagnosticato dai medici di Livorno rene mobile destro.

I dolori le impediscono qualunque lavoro fisico: ha sovente nausea. Ha sperimentato sensa risultato bromuri ed altri rimedi interni. Presenta adesso la paziente un tumore della forma del rene, che nella posizione verticale scende sino alla regione iliaca e che con manovre adatte può ricondursi alla regione renale destra con senso di

sollievo della pasiente.

Operazione. - Cioronarcosi. Si pratica un' incisione lombare leggermente obliqua in basso ed all'esterno dall'ultima costa alla cresta iliaca. Suoperto il tessuto perirenale, il rene viene spinto da un assistente a traverso le pareti addominali contro l'incisione. Viene incisa la capsula propria e scoperto un segmento di sostanza corticale, che si tocca con soluzione di cloruro di sinco al 10 o Si passano tre anse di seta ai margini della capsula, penetrando lievemente nella sostanza renale: le anse accavallano la 12ª costa e vengono annodate, riponendo a posto il rene: si pone anche un quarto punto nel suo polo inferiore. Si esegue un' emostasi accuratissima.

Si fa una sutura in catgut perduta dello strato

muscolare.

Le suture cutanee profonde e superficiali si fanno in seta.

Operazione radicale d'ornia inguinale. — Pacini Giov. Battista, fu glà operato nella nostra Clinica di ernia inguinale sinistra non voluminosa, ma che presenta una porta amplissima. Anestesia mor-

Si tratta di un'ernia diretta. Il sacco è duplicato da una spessa tunica di adipe. Tra il sacco e il cordone spermatico s'incontrano i vasi epigastrici molto voluminosi. Isolato il sacco e ridottone il contenuto, si apre e si trova che in vicinanza del collo aderisce il sigma colico nella parete inferiore del sacco stesso: il sacco viene resecato e ridotto. Il successivo trattamento si fa secondo Bassini: ma si mettono in più due punti staccati superiormente all'apertura interna del canale inguinale: si tolgono via alcune solle adipose. Emostasi e suture perdute in catgut: suture cutanee in seta.

Resezione del dòtti deferenti. — Neri Ulisse, fa operato in clinica nostra di cistotomia soprapubica per calcoli. Usci dall'ospedale con la ferita ipogastrica cicatrizzata ed apparentemente guarito. In seguito a copiosa libazione ebbe una ritenzione d'urine, che durò oltre 24 ore ed a radella cicatrice ipogastrica con formazione di fistola. Il paziente tornò a farsi vedere all'ambulatorio: presentava infiltrazione attorno alla fistola per suppurazione dei punti di catgut non riassorbiti. Fu zaffata la ferita e resa asettica: in pochi giorni cicatrizzò. Allo scopo di ovviare a probabili accessi di iscuria d'origine prostatica, si pratica la resezione bilaterale dei dòtti deferenti, in seguito alla quale il pasiente ebbe un rapido impiccolimento della prostata, con sintomi aubiettivi notevoli di miglioramento nell' urinazione.

isteromiomoctomia totalo addominalo od annossootemia bilaterale. — Mariani Felicita di anni 40. da Pisa, fu mestruata a 18 anni: le mestruazioni furono sempre regolari fino a 28 anni, epoca in cui prese marito: d'allora in poi i mestrui si fecero abbondantissimi. Ha partorito due volte: il 2º parto all'ottavo mese di gravidanza avvenne tredici anni fa. Da quell'epoca cominciarono i disturbi consistenti in menorragie abbondantissime, prolungatissime e alternate a leucorrea ed in dolori all'ipogastrio, specialmente a destra. Dovè emettere di allattare e dimagri moltissimo. I disturbi rallentarono progressivamente fino al settembre ultimo e di poi subirono un graduale aumento: Nel febbraio entrò in capedale in preda a profuse emorragie: le furono fatte iniezioni di ergotina, le furono applicati saffi vaginali e le fu applicato del ghiaccio sul ventre: rimase in ospedale 28 giorni ed usci in condisioni non buone. Le menorragie seguitarono nei mesi seguenti. La paziente fu visitata replicate volte nella nostra Clinica. E donna ben conformata e bene sviluppata. Ha la pelle pigmentata, ma pallidissima: le mucose bianche: il polso frequente, piccolo: per deboli sforsi fisici accusa difficoltà di respiro. Il ventre è leggermente tumefatto e dolorabile inferiormente alla palpazione. Al riscontro si trova la porzione vaginale del collo uterino di volume normale: l'orificio è alquanto aperto. L'utero è molto fisso: si sente col riscontro combinato un tumore, che inserendosi alla porzione sopra-vaginale a destra lo fissa al contorno pelvico. Un altro tumore pure molte fisso si trova al suo lato sinistro ed infine il corpo uterino si trova contiguo ad un tumore, che va alla fossa iliaca destra.

L'esame combinato è assai difficile, provando la paziente moltissimo dolore. Con la sonda la cavità uterina mostra una lunghezza superiore al normale. La diagnosi rimase incerta
tra fibromiomi periferici e tumori solpingitici di
origine inflammatoria, dovendosi ammettere una
infezione luetica. Esistono i caratteri evidenti
di pelvi-peritonite oronica in atto. Nella probabilità di dover togliere l'utero si esegue una disinfezione vaginale accurata, consistente nello
saffamento dell' utero con garza asettica, nella
cucitura dell'orificio e nella preparazione del monaone vaginale, che fu avvicinato e cucito: stante
la fissita assoluta dell' utero non si legano legano le uterino.

Cloro narcosi, previa iniezione di morfina. Posizione di Frandeleaburg. Si pratica un

incisione dall'ombelico al pube. La pelvi contiene un ammasso di tumori saldate all'omento ed alle anse intestinali. Si cerca di delimitare l'utero: gli annessi di destra si sperdono tumefatti nella fossa iliaca omonima contornate da false membrane e saldate alle anse intestinali: isolate diligentemente per via ottusa, mentre si staccano profondamente nello spasio del Douglas, avviene lo scoppio di una sacca purulente, scoppio, che però viene prevenuto, contornando la parte con fianelle asettiche: si tolgono gli annessi di destra, previe legatura frazionate del loro impianto. Lo stesse atto operativo si esegue con grande fatica per gli annessi di sinistra ed anche qui si verifica lo scoppio di una cavità ascessuale.

Tolti gli annessi si passa all' ablazione dell'utero. L' estirpasione dell'organo fu straordinariamente difficoltosa, essendo esso assolutamente immobile per una massa inflammatoria antica, che lo fissava posteriormente e che ne impediva qualunque spostamento in alto alle più energiche trasioni.

Gli essudati attorno all'organo impedivano la costituzione dei lembi ed il lavoro era ostacolato anche dalla sensibilità persistente nella profonda narcosi. All'estirpazione dell'utero s'impiegò circa 40 minuti. Estirpato l' utero ai sutura il pavimento pelvice e si esegue la toilette peritoneale. La durata dell'operazione fu di 2 ore e 1₁4. Nell'ultima ora i polsi si fecero piccoli e frequenti e la paziente diventò assai pallida. Il cloroformio consumato fu 45 gr. Persistevano il pallore e la piccolezza dei polsi ad operazione completa.

In questo periodo di tempo vennero eseguite

inoltre le seguente operazioni.

- Sei operazioni radicali d'ernia inguinale.

- Tre operazioni radicali d'idrocele.

 Una blefaroplastica per ectropion della palpebra inferiore per ferita.

— Un estirpagione di mammella e vnotamento del cavo ascellare per carcinoma.

— Una disarticolazione dell' alluce sinistro per osteomielite.

— Un vuotamento delle regioni inguinale e crurale di sinistra, per linfoadeniti suppurate.

L'estirpazione di un linfo-angioma fibromatoso del labbro superiore.

— L'estirpasiene di un epitelioma del cuoio capellute.

—L'estirpazione di una ciste dermoide della regione mastoidea.

— L'estirpazione di otto ateromi del cuoio capelluto.

— L'estirpazione di un angioma della ragione temporale.

— La disarticolazione della 1ª falange del pollice della mano destra per patereccio.

Si presentarono all'ambulatorio 216 ammalati.

Dott. Pietro Grassi — Assistente



Remarco. — 1. Réviste sintetiche di terapia. Sulla cura del vomito incoercibile nella gravidanza. —2. Lesioni originali. Istituto di Clinica Medica di Palermo. — Sindrome convulsiva isterica ed epilettica. Tipi convulsivi isterici non comuni (Lesione terza ed ultima sull'argomento). Resoconto stenografico dello studențe Militello. — B Le Cliniche italiane. B. Istituto di Clinica medica in Roma. Splenectopia e lapsus splenis. Lesione del prof. Gui-lo Baccelli — 4. Pratica della medicina. — 5. Formulario. — 6. Notisie.

RIVISTE SINTETICHE DI TERAPIA

Sulla cura del vomito incoercibile della gravidanza

I messi terapentici che successivamente si sono adoperati per combattere i vomiti incoercibili della gravidanza, sono innumerevoli, ed il loro numero a la loro diversità, come fa notare Schwach (La Presse mèdicale, n. 103, 1896). è la prova lampante della loro inefficacia. Certamente l'insufficienza della terapia dipende, in simili casi dalla misconoscenza delle cause e della patogenesi della malattia e d'altra parte dal fatto, che spesso esso si sviluppa in soggetti essenzialmente acuropatici pei quali qualunque rimedio, alle volte, può riuscire utile.

Il primo compito di una cura razionale deve fondarzi, anzitutto, sull'igiene e sulla alimenta-

zione.

Si comprenderà facilmente l'importanza della cura igienica, quando si pensi che spesso i vomiti incoercibili della gravidanza sopravvengono in soggetti neuropatici ed isterici. Ed ecco perchè alle volte i messi più sempl'oi sono riusciti a frenare il vomito.

Bisogna raccomandare, quanto è possibile, il soggiorno in campagna od in ambienti sani, e sepratutto badare, che la inferma stia in riposo, e sicuri che qualunque cansa morale possa influire sul suo stato di animo.

Il regime alimentare si riassume nell'uso di

alimenti semplici e facilmente digeribili.

Qualcuno ha ottenuto buoni risultati con l'uso di bevande alcoolizzate, ed 6 stato consigliato a questo scopo, di somministrare, dopo il pasto, un cucchiaio o due di un liquido ricco d'alcool (co-

gnac, ruhm, chartreuse, ecc.).

Quanto alla cura farmaceutica, bisogna anzitutto tentare di combattere il vomito della gravidanza, con gli stessi mezzi che si adoperano comunemente contro il vomito dipendente da una altra causa. Così si può prescrivere la pozione del Nicerio, la quale, per lo sviluppo d'acido carbonico, agisce spesso efficacemente contro il vomito. Si possono adoperare auche gli alcalini, sopratutto il bicarbonato di sodio, sotto forma di acque alcaline. Spesso, un rimedio molto semplica, l'etere solforico, preso su succhero o sotto forma di perle o di capsule, arriva a moderare fasimente anche il vomito grave.

Un fatto che da molto tempo ha richiamato

l'attenzione degli osservatori, è che in generale le inferme affette dal vomito incoercibile presentano una costipazione ostinata ed é noto così la idea di usare, contro di essa, i purganti.

Accanto a questi rimedi, ne esistono degli altri i quali esercitano più specialmente un'azione anestesica e calmante. Figura fra i primi il cloroformio, che sotto forma d'acqua cloroformizzata esercita sovente un'efficace azione. Si può prescrivere nel modo seguente:

Acqua di menta o di fiori d'arancio » 30 Acqua di stillata » 120

Da uno a sei cucchiai da tavola al giorno. Alcuui preferiscono la cocaina. Si prescrive il cloridrato di cocaina da 1 a 5 centigrammi al giorno.

Anche gli oppiacei sono molto raccomandati. Si prescrive: l'estratto tebaico, in pillole da 2 a 5 centigrammi prima del pasto, il laudano, ovvero le iniezioni sottocutanee di morfina.

Gottschalk preconissa il mentolo alla

dose di 10 centigrammi al giorno.

Siccome il più delle volte le ammalate affette dal vomito incoercibile, sono delle vere isteriche, così era naturale che si pensasse di adoperare contro questa affezione i farmachi calmanti del sistema nervoso. Difatti i bromuri ed il cloralio somministrati sia per la bocca che per il rette, hanno dato spesso dei buoni risultati.

Recentemente è stato anche adoperato il cerio sotto forma di ossalato, di carbonato, o meglio

di valerianato di cerio.

Simpson prescriva l'ossalato di cerio alla dose di 30 a 40 centigrammi al giorno. Si può anche somministrare sotto forma di pillole di 5 centigrammi ciascuna, di cui se ne danno 4 o 6 al giorno.

Alcuni clinici, invece di ricorrere ai sedativi,

preferiscono gli stimolanti.

Cost sono stati adoperati la caffeina (Gubler),

le iniezioni di etere, il siero artificiale.

Le inalazioni di essigeno sono state raccomandate a preferenza da Hayem e Pinard, ma ad esse bisogna sempre unire l'uso di altri rimedi.

Molto spesso, come coadinvante della cura interna, si adoperano i rivulsivi applicati sulla regione epigastrica o vertebrale. Questa cura conta numerosi partigiani, e ad essi sono dovuti un buon numero di successi.

Come rivulsivi, si sono adoperati successivamente: i vescicatori, le punte di fuoco, il ghia scio, le polverizzazioni d'etere, praticate seasul centro epigastrico che sulla colonna vertebrala.

Un messo che alle volte è riuscito a guarire dei casi, in cui tutte le altre cure erano state insufficienti, è l'elettricità. La faradizzazione è stata utilizzata con risultati diversi. Duche in ne, Lente, Popper, la considerano utilissim, invece Gautier e Lerat li ritengono infodeli e non esitano punto a dare la preferenza alla corrente continua.

Questi autori consigliano la corrente discen-

dente. Il polo positivo, della dimensione di una moneta da 5 franchi, è applicato al collo, sul tragitto degli pneumogastrici, a preferenza sullo pneumogastrico destro, tra i capi di inserzione dello sterno-cleido-mastoideo; il polo negativo, della dimensione quasi della mano, è applicato invece sul centro epigastrico. B a r stima che l'intensità della corrente non debba superare i 15 milliampères, e quanto al numero delle sedute giornaliere ritiene, che nei casi gravi è necessario praticare tre sedute al giorno, nei casi leggieri invece, se ne possono fare anche due.

Malgrado i successi segnalati a preferenza da Gautier, Larat, Bare Bien fait, molti autori, fra cui Budin, sono rimasti increduli alla pretesa efficacia della corrente gal-

vanica.

Certamente non si può essere così sicuri nel rigettare i vantaggi incontestabili della corrente continua, affermata da molti autori, e, dopo tutto, non si può escludere dalla terapia di un'affezione tanto ribelle a qualunque farmaco, un messo che ha fatto le sue prove in un certo numero di casi, e che spesso agendo per semplice suggestione, riesce maggiormente utile.

Qualunque sia la cura messa in opera, resta sempre per il medico una preoccupazione dominante, che è quella di alimentare un' ammalata

condannata a morire di inanizione.

In tutte le formule consigliate per i clisteri nutritivi, si può preferire la seguente:

Giallo d'uovo n.º 1 Laudano del Sydenham gocce 5 Peptone secco gr. 40

Ma spesso tutti questi mezzi falliscono: l' inferma non si alimenta in nessuna maniera e lo stato generale si aggrava ancor più maggiormente. In questi casi, bisogna ricorrere a mezzi più energici ed ecco che vengono in campo la cura chirurgica, diretta a modificare lo stato del collo dell'utero e la cura estetrica che si riassume nell'aborto provocato o nel parto prematuro.

Non è recente l'ipotesi che la causa del vomito incoercibile dipendesse da un'affezione del collo dell'utero. Difatti, è stata notata spesso un'alterazione di questa regione, ed è noto, che Cope man, fondò il suo medodo della dilatazione digitale del collo nella cura del vomito incoercibile, per una semplice coincidenza. Egli, avendo dilatato il collo onde praticare l'aborto, si accorse che per questa manovra il vomito cessò per incanto e la gravidanza arrivò fino a termine.

Oltre la dilatazione digitale del collo, sono state proposte, le scarificazioni, e recentemente Kehrer, ha visto arrestare il vomito, introducendo nel collo un zaffo di garza jodoformizzata.

Infine non rimangono che l'aborto ed il parto

prematuro provocato.

である。 のでは、 のでは、

> E una questione molte delicata quella di stabilire il tempo opportuno per praticare l'aborto. Charpentier stabilisce la regola, che l'aborto deve essere determinato tutte le volte che l'in-

ferma ha perduta in vari giorni da 400 a 500 grammi del suo peso.

Quanto ai metodi da prescegliersi, essi non differiscono da quelli ordinart.

Bentivegna

LEZIONI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI PALERNO, DIRETTO DAL PROF. G. RUMMO. — SINDROME CONVULSIVA ISTERICA ED EPILETTICA.—TIPI CONVULSIVI ISTERICI NON COMUNI.—Lesione tersa ed ultima sull'argomento (Resoconto stenografico dello studente Militello).

Vi parlai, nella lezione passata, di un tipo poco comune di convulsione isterica, del così detto tipo jacksoniano isterico, o isterismo convulsivo parziale; e vi dissi che questo è un tipo noto nella nosografia dell'epilessia, ma poco conosciuto nella nosografia dell'isterismo e vi feci conoscere quali sono i caratteri fondamentali di questo tipo di convulsione.

Conoscete pure un altro tipo convulsivo isterico, quantunque in quel caso non si trattasse di una forma classica, la convulsione istero-epilettica.

Questa mattina vi intratterrò su di un tipo convulsivo più comune, di cui è colpita questa donna, la quale fin dall'età di 18 anni, all'epoca della sua prima gravidansa, ha incominciato a soffrire di convulsioni che, posso affermarlo fin da ora, sono di natura isterica, quantunque la forma clinica non ripeta esattamente il tipo della convulsione isterica. Questo tipo di convulsione è il così detto tipo volgare, quantunque presenti qualche fenomeno che ricordi il tipo della convulsione istero-epilettica, la convulsione della grande isteria.

Ma vedrete pure che questo tipo convulsivo presenta molte note del tipo epilettico, anzi la descrizione di questa convulsione ci completerà la nozione, dalla quale risulta, che la convulsione isterica può copiare quasi tutti i diversi sintomi della vera convulsione epilettica.

Difatti noi abbiamo visto che il mordersi la lingua, la caduta, il grido iniziale, l'incontinenza delle urine, gli accessi notturni, la perdita completa della coscienza, dapprima creduti sintomi patognomonici ed esclusivi della convulsione epilettica, non appartengono esclusivamente ad essa.

Vedrete che alcuni sintomi del periodo post-convulsivo epilettico e specialmente lo stertore ed il sonno stertoroso si possono presentare nel tipo convulsivo isterico.

Incominciamo l'essentati
da questa donna.

La madre dell'informa soffriva di asma brod-

chisle e mori di polmonite; il padre, forte bevitore, morì a 60 anni (bruciato dal vino, come dice l'inferma). Nulla nei collaterali della madre e del padre; ha un fratello vivente e sano, un altro morì con idropesscite.

Negli antecedenti familiari si nota questo. Dei figli viventi, una, in ottima salute fino all'età di 15 anni, presentò in questo tempo i seguenti fatti: Mentre camminava per la strada, cadde bruscamente a terra, sensa grido iniziale, con perdita completa della coscienza e rimase per circa due ore a terra in completo rilasciamento muscolare, sensa alcun fenomeno convulsivo; ciò almeno è quello che asseriscono il padre e la madre, i quali si trovavano presenti all'accesso.

Quell'accesso non fu seguito da altri, per la durata di circa un anno; però i genitori notarono che le sue facoltà mentali andavano sempre più indebolendosi e contemporaneamente si manifestarono disordini della parola e della deambulazione. Trascorso un anno dal primo accesso, si presentarono altri accessi con gli stessi caratteri di prima, della durata di circa mess'ora e si sono sempre ripetuti finora 2-8 volte al mese; le facoltà mentali sono andate così deteriorando, che l'inferma si trova presentemente pressochè in uno stato di imbecillismo.

L'inferma fin dall'età di 18 anni e mesi (epoca in cui prese marito e rimase incinta) ha incominciato ad avere degli accessi convulsivi. Come causa occasionale adduce il contagio.

Il primo accesso convulsivo si verificò coi seguenti caratteri.

L'inferma, che si trovava in istrada per le sue faccende, cadde improvvisamente a terra con perdita completa della coscienza e della parola.

Quado rinvenne, seppe dagli astanti che era stata presa da violenti fenomeni convulsivi generalizzati a tutto il corpo, per cui si mordeva la lingua, le mani, sbatteva fortemente il capo per terra e fu necessario che sei persone la tenessero, per evitare che si producesse qualche grave lesione. Finito l'accesso, l'inferma rimase per circa un quarto d'ora in uno stato di grande confusione mentale, si ripristino perfettamente la parola e potè poco dopo ritornare a casa a piedi, sorretta però da due persone. D'allora in poi gli accessi si ripeterono incessantemente giorno e notte, talvolta a brevissimo intervallo l'uno dall'altro. Interrogando in proposito il marito, egli dice che talvolta l'accesso era preceduto da un grido, che l'inferma aveva sempre la schiuma, talvolta sanguinolenta, alla bocca e che la durata massima di un accesso era di due ore. Fa osservare inoltre che, finito l'accesso, la moglie non riprendeva subito la coscienza, ma restava per 1-2 ore in sopore accompagnato da stertore. Non aveva mai durante l'accesso incontinenza di urine e di fecce. Gli accessi durarono per tutto il corso della gravidansa, ed il parto stesso, che fu normale, avvenne in mezzo a convulsioni, tanto che l'inferma dice di non essersi accorta dell'uscita del feto. Gli accessi convulsivi d'allora in poi si ripetevano con la stessa intensità e cogli stessi caratteri per tutta la durata di ogni gravidanza ed il parto avveniva sempre in mezzo a convulsioni, mentre nell'intervallo di tempo che passava da una gravidanza all'altra, che una volta fu di 2 anni e mezzo, l'inferma restava esente da convulsioni e stava perfettamente bene. Solo dopo l'ultimo aborto, verificatosi tre mesi fa, gli accessi convulsivi non sono più durevolmente cessati, ed in questo stato l'inferma è rimasta finora.

Dopo un accesso verificatosi 15 giorni or sono, l'ammalata incominciò a parlare con voce afona e così è rimasta finora, sensa che si accompagnasse nè tosse, nè espettorato.

In quest' ultimo periodo di convulsioni di 8 mesi è stata colpita da monoplegia crurale destra spastica.

Lasciamo però questi 2 fatti anche di indole motoria ed occupiamoci per ora a preferensa del tipo convulsivo.

Accesso convulsivo.—Non esiste una vera aura, (quantunque presenti 2 zone spasmofrenatrici, una alla regione ovarica di destra ed un'altra alla regione mammaria di sinistra) nè grido iniziale; esiste la perdita completa della coscienza. L'accesso comincia con un senso di malessere generale, di sbalordimento, durante il quale l'inferma chiama con i gesti l'infermiere per essere aiutata; questo stato dura pochi secondi, ed è seguito da un periodo di fenomeni convulsivi tonico clonici molto violenti, caratterizzato da grandi movimenti e da movimenti illogici (archi di cerchio, movimenti strani e multiformi).

L'inferma sbatte violentemente la testa contro il letto, agita fortemente le braccia ed il tronco, lancia calci e pugni in tutti i versi. Abbondante schiuma esce dalla bocca a volte sanguinolenta. Il volto, in principio di colorito pallido, si fa ben presto cianotico ed in questo stato dura per tutto l'accesso.

I globi oculari sono fortemente rotati in basso, le pupille reagiscono, sebbene lentamente, al la luce. La coscienza è completamente perduta, la parola spenta. A questo periodo dei movimenti illogici e complessi segue una fase caratterizzata da uno stato tetanoide di tutti i muscoli.

Il passaggio da una fase all'altra, è, di ordinario, segnato da un forte grido unico.

Già durante la fase tonica si manifesta la fase stertorosa, che si prolunga nel periodo post-convulsivo in cui il sonno stertoroso è prolungato ed intenso. Trascorso questo periodo l'inferma ripiglia la coscienza, ma si trova ancora in uno stato di grande confusione mentale e notevole abbattimento fisico e non può ancora articolare la parola; mezz'ora dopo l'inferma ritorna allo stato normale. La temperatura, presa subito dopo la fase tonica dell'accesso, fu di 86°,8. Durante l'accesso non c'è emissione di fecce, nè di urine.

Dalla descrizione dell'accesso convulsivo comprenderete che il periodo pre-convulsivo è poco sviluppato; invece è classico il periodo post-convulsivo, il quale, anzi, rappresenta in quest'ammalata la nota individuale.

Lo stertore che non è abituale nelle convulsioni isteriche, diventa il sintoma culminante, ed il sopore, il sonno, che a volta diventa vero coma, la deficienza delle facoltà intellettuali, si prolungano per parecchio tempo dopo l'attacco convulsivo. Questo periodo quindi ha molto della convulsione epilettica poco dell'isterica.

Se andiamo poi a guardare il vero periodo convulsivo, il quadro dell'isterismo si fa spiccato; consiste in movimenti clonico-tonici abbastanza estesi, in movimenti illogici, in contorsioni le più svariate. A tutto questo si aggiunge un'altra nota individuale o personale, cioè il furore demontaco, un vero stato di ossessione, durante il quale, se non fosse trattenuta, sarebbe capace di far molto male a sè stessa ed agli altri.

Tutto questo insieme di sintomi, vi dice che, se la nota isterica è manifesta nel periodo convulsivo, altrettanto chiara è la nota epilettica nel periodo post-convulsivo. Pur tuttavia noi diciamo che questa donna è colpita da convulsione isterica, non solo per alcuni caratteri della convulsione medesima, ma per le molteplici stigmate isteriche.

Voi conoscete già che la nostra inferma presenta due zone isterogene (ovarica destra e mammaria sinistra).

Se comprimete fortemente la regione ovarica destra, durante il parosismo convulsivo voi arrestate la convulsione come per incanto, in qualsiasi fase, questa si trovi.

La presenza di questa zona spasmo frenatrice, ha un valore di primissimo ordine, a favore dell'isterismo.

Le sensibilità tutte, tattile, termica, algesica, ecc., sono perfettamente conservate nella metà sinistra del corpo, in tutte le parti della medesima, mentre sono del tutto abolite nella metà destra, facendo eccezione di una zona che si estende dal punto di unione del terzo superiore col terzo medio del braccio all'articolazione della mano. In questa parte le sensibilità sono conservate ed il limite tra la superficie sensibile e la insensibile è tracciato ben nettamente da una linea retta (linea d'amputazione).

Il senso muscolare ed osteo articolare è conservato tanto negli arti superiori che negli inferiori.

I riflessi cutanei sono tutti diminuiti; esiste il riflesso faringeo.

Organt dei sensi.—Esiste perdita dell'udito, dell'odorato e del gusto a destra; mentre a sinistra queste funzioni sono normali.

Nell'occhio presenta un restringimento concentrico potente del campo visivo, più a destra che a sinistra; c'è astenopia, c'è discromatopia; quindi ci sono tutte le note dell'ambitopia; isterica.

La motilità degli arti superiori è integra; lo stesso si dica pel trofismo; la forza muscolare è minima a destra, discreta a sinistra.

Degli arti inferiori il destro sta completamente diateso nel piano del letto; il piede ha la punta rivolta verso l'esterno ed è alquanto flesso, mentre le dita sono in estensione. Invitande l'inferma a sollevare l'arto dal piano del letto, non vi riesce affatto, nè sono per nulla possibili i movimenti di flessione ed estensione dell'anca, del ginocchio, del piede e delle dita del piede e neppure i movimenti di adduzione ed abduzione. Tentando di imprimere all'arto dei movimenti passivi, si trova l'arto medesimo talmente rigido, che non si ries e a smuoverlo dalla posizione in cui sta, mentre è notevole che le masse muscolari non sono molto tese.

Nulla si nota d'importante nell'arto inferiore sinistro.

Nella stazione eretta l'inferma non può assolutamente stare, senza un appoggio. In questa posizione l'inferma poggia tutto il peso del corco sulla gamba sinistra, la quale però non si presta a reggerlo, mentre l'arto inferiore destro rigidissimo resta fortemente abiotto ed alquanto indietro dell'altro con la punta rivolta fortemente in fuori. La punta del piede poggia tutta sul suolo.

Anche il cammino è perfettamente impossibile senza un appoggio ai due lati. Nei tentativi di cammino l'inferma avanza trascinando il piede sinistro e trascina del pari l'arto inferiore destro, che resta come corpo inerte nella stessa posizione in cui sta nella stasione eretta.

Riflessi tendinei. Non si riesce a provocare il riflesso rotuleo ed il clono del piede a destra, mentre a sinistra il riflesso rotuleo è esagerato e non esiste il clono del piede. Normali i riflessi tendinei degli arti superiori.

Esame laringoscopico: Facendo pronunciare la vocale E le corde vocali non vengono in contatto restando uno spazio di 3 mm. nella regione interaritenoidea (paralisi dell'interaritenoideo). I margini delle corde restano arcuati (paralisi dei tensori delle corde vocali). Nella fase respiratoria l'abduzione si compie bene.

Da quanto ho detto dunque, comprenderete bénissimo che noi abbismo parecchie stigmate caratteristiche dell'interialmo: stigmate sensitive,

sensoriali, motrici. Qualsiasi dubbio è eliminato dall'animo vostro.

Ora, se ripensate a tutto quello che abbiamo detto a proposito dei caratteri differenziali tra la convulsione epilettica e la isterica, avrete acquistato la persuasione che i sintomi, che si ritengono propri della convulsione epilettica, presi uno per uno, ed isolatamente, non hauno un valore assoluto e che tutti i sintomi della convulsione epilettica, niuno escluso, si possono riscontrare nei diversi tipi della convulsione isterica.

Il giudizio definitivo si desume dall'analisi completa di tutti i sintomi.

Ora vi dirò quali sono i caratteri differenziali tra il tipo convulsivo dell'hysteria minor e quelli dell'hysteria major.

Nella raganza, che vi presentai nella prima lezione, noi abbiamo trovato un accenno del tipo convulsivo clastico del grande isterismo, della convulsione istero epilettica: non si trattava di un attacco banale di convulsione isterica, ma era un insieme di fatti che si associavano o con un determinismo quasi costante o con una serie di fasi ben delimitate.

La fase epilettoide, che esiste pure, sebbene molto attenuata, nell'isterismo volgare, rappresentava il fatto culminante dell'accesso convulsivo, ed era talmente accentuata la fase epilettoide da far sospettare la fusione dei due tipi convulsivi, isterico ed epilettico.

Ma questa fusione non esiste, perchè nella convulsione istero-epilettica non si tratta di associazione di due tipi convulsivi che si fondomo, perchè le due nevrosi non si fondono mai. Ci può essere una manifestazione clinica che ricordi l'epilessia, ma non si tratta della vera convulsione comiziale epilettica, sibbene della convulsione isterica con manifestazione epilettica.

Però non devo nascondervi che vi possono essere casi di convulsioni a manifestazioni separate, cio, lo stesso individuo può presentare attacchi di convulsione, isterica ed epilettica, e voi potete chiaramente dire che in un dato momento l'infermo presenta una convulsione epilettica; in un altro, una convulsione isterica. Ma la vera convulsione isterica e non ha della epilessia che le parvenze. Quindi non dovrebbe chiamarsi convulsione istero-epilettica, ma grande attacco dell'hysteria major, il quale è composto di parecchi periodi e tra questi ve ne è uno, in cui la fase epilettica è spiccatissima come esprese one nosografica.

Nella convulsione isterica volgare si hanno tre periodi: pre-convulsivo, convulsivo e post-convulsivo, e nel periodo convulsivo si distinguono tre fasi: la fase tonica, la clonica e la risolutiva.

Nell'attacco convulsivo delle grande isteria, in-

vece, abbiamo 4 periodi: anzitutto il primo periodo o periodo epilettoide che si compone di tre fasi: fase tonica, fase clonica e fase di risoluzione muscolare.

Dopo il sonno stertoroso si passa al secondo periodo o periodo del clownismo, caratterizzato da due stadi o fasi: fase delle contorsioni o atteggiamenti illogici e fase dei grandi movimenti.

La fase delle contorsioni e degli atteggiamenti illogici, non esclusi gli archi di cerchio, si manifestano in modo cospicuo nella presente inferma, la quale or ora vi ha fatto assistere ad uno splendido attacco convulsivo, in cui non è mancato un accenno dei grandi movimenti.

Il terzo periodo costituito dalle così dette attiudini passionali, o pose plastiche, in cui l'individuo in preda ad allucinazioni diverse, atteggia il suo volto ed il suo corpo al dolore, al corruccio, all'ira e alla gioia. E nella fisonomia dell'individuo voi notate atteggiamenti sublimi, da rendere possibile la leggenda, la quale dice che alcuni grandi capolavori dell'Arte furono modellati sugli isterici.

Finalmente abbiamo il quarto periodo periode del delirio finale.

Molte volte si parla a torto di « attacchi di grande isterismo»; badate, perchè si confondono con questo i grandi movimenti che compie l'individuo: però non sono gli archi di cerchio e gli atteggiamenti illogici a grandi raggi quelli che costituiscono il grande isterismo, ma è l'insieme dei fenomeni e dei periodi, di cui vi ho accennato.

Esistono altri tipi convulsivi di cui vi darò appena un accenno oggi.

Alcuni di voi ricorderanno un tipo molto strano di convulsione isterica, capitatoci l'anno scorso. Nella letteratura contemporanea sono stati descritti accessi di *epilessia parziale sensitiva*.

In questa sindrome clinica invece della convulsione tonico clonica, c'è un attacco di dolore; è un'epilessia sensitiva con la distribuzione della convulsione motrice jacksoniana; cioè, in ece di scosse clonico toniche che si manifestano in una data parte del corpo e che si diffondono con quel determinismo proprio della convulsione jacksoniana, si tratta di una sensazione dolorosa, accompagnata da torpore, che si diffonde nell'identico modo e con la identica distribuzione della convulsione motrice jacksoniana. Inoltre si ha perdita di coscienza ed un periodo post-convulsivo del tutto simile ad un attacco di epilessia jacksoniana motoria.

Però, se questa forma è ben conosciuta nella epilessia, essa non è ancora entrata nella nosografia dell'isterismo. Noi, vi dicevo, l'abbiamo osservata questa forma clinica in una giovanetta a nome Giuseppina Vaccaro di anni 15.

L'ammalata raccontava che da 2 anni era presa da parosismi convulsivi, i quali si manifestavano più intensi la notte, anzichè il giorno.

Incominciò a sentire un torpore seguito da dolore all'arto superiore destro e contemporaneamente tremore: in seguito si manifestavano delle contrazioni clonico toniche nell'arto medesimo. I disordini di moto e di senso si propagavano all'arto inferiore dello stesso lato e poi si diffondevano a tutto il corpo, accompagnandosi a perdita della coscienza. Di modo che l'ammalata assisteva alle convulsioni sensitive e motrici finchè esse rimanevano localizzate; appena si diffondevano a tutto il corpo, l'ammalata perdeva la coscienza.

Finito l'accesso, restava un po' di sopore, e quindi si svegliava dal sonno, ricuperava subito la coscienza, perdurando però un dolore fortissimo al braccio destro.

Noi, in quel caso facemmo diagnosi di convulsione motrice e sensitiva a tipo jacksoniano di natura isterica: la ragazza presentava delle stigmate isteriche sicure; infatti notammo una zona isterogena epigastrica, doppia ovaralgia, le note psichiche della nevrosi isterica, ecc.

Da quanto abbiamo detto, è possibile ammettere nella nosografia dell'isterismo non solo l'isteria parsiale sensitiva, e l'isteria parsiale motrice jacksoniana, ma anche la combinazione delle due forme convulsive: isteria jacksoniana motrice e sensitiva.

Dunque, abbiamo un altro tipo di convulsione isterica che trova il suo equivalente nell'epilessia, in cui, alla fase motrice si sostituisce completamente, o si associa, la fase sensitiva.

Finalmente abbiamo un ultimo tipo, il più seducente e il più curioso, il così detto automatismo ambulatorio isterico, isteria procursiva.

Durante l'attacco, negli individui colpiti da questa forma, invece della convulsione avete la fuga.

Noi conosciamo l'automatismo ambulatorio epilettico, il quale può rappresentare tutto l'attacco convulsivo o può essere un fenomeno della convulsione epilettica motoria. L'individuo fugge, e resta per parecchi giorni lontano dalla famiglia, si muove, va errrando sensa avere la coscienza di quello che fa.

Ora come esiste l'automatismo ambulatorio epilettico, esiste pure l'automatismo ambulatorio isterico.

Dunque, ricapitolando, noi abbiamo rapidamente parlato delle convulsioni isteriche e del determinismo clinico di esse. E vi sarete accorti che l'isterismo e l'epilessia, hanno molto di comune; ma studiando i diversi sintomi delle due nevrosi, più che i sintomi creduti patognomonici, riuscirete sempre a distinguere il tipo isterico dal tipo epilettico.

LE CLINICHE ITALIANE

Istituto di Clinica Medica in Roma.

Spienectopia e laapsus spienis
LEZIONE DEL PROF. GUIDO BACCELLI
Signori,

L'inferma in esams è affetta da un tumpre che si trova nella cavità addominale, di forma sub-globosa. Esso presenta 2 diametri: uno longitudinale e l'altro trasverso; il primo più lungo, l'altro meno; ha superficie levigata con uno dei margini dentellati, indolente alla palpazione, mobilissimo dalla sua sede. Esaminato con cura, si è portato il giudizio, non certo difficile, di milza caduta e mobile.

Nel penultimo periodo della nosografia clinica, pareva un assioma, che del resto si riscontra vero nella gran parte dei casi, il detto: « Morbus est functio laesa ». Ora, quali sono la funzioni della milza, affiache la clinica dai disordini di queste possa giudicare se l'organo sia malato?

Molte sono le ipotesi che corrono intorno alle funzioni della milza, ma tutte hanno più o meno fon lamento; e davvero che fu lameggiato più questo argomento dalla patologia e dalla clinica che non dalla fisiologia. Al ogni modo, possiamo ritenere la milza come organo emopoietico; e in riguardo al contigente delle cellule linfatiche e in riguardo ai fatti che in esso accadrebbero di distruzione dei globuli stanchi ed affaticati e non più adatti al funzionamento; poi, come organo influente nel processo della digestione.

Noi potremmo entrare a larghe vele nel mare delle ipotesi e dei concetti indiscussi, ma non è il caso. Solo vi dirò che in questa malata la proporzione tra i globuli rossi ed i bianchi è nei limiti fisiologici, che non si rinvengono globuli rossi nucleati, nè prevalenza anormale di qualcuna delle forme di leucociti : si è anche tenuto conto della funzione digestiva e non vi è stato alcun fenomeno che ci abbia potuto dare il d:ritto di concludere per un'alterazione di questo processo fisiologico. Ho desiderato che sulla milsa spostata si facessero osservazioni, circa l'aumento di volume, qualche ora dopo il pasto, come fisiologicamente si verifica; ma ne io ne i misi assistenti abbiamo potuto determinarlo con sicura esattezza. Ho fatto sottoporre questa giovinetta a dieta quasi esclusivamente carnea, perché è da tal punto di vista che nel processo digestivo si deve tener conto dell'afficio della milza; e neppure attorno a ciò abbiamo osservato differenza di sorts. Da tutto questo possiamo concludere che la milsa, sebbene caduta, è immune da ogni processo morboso. Ma il fatto stesso della caduta costituiece uno stato patologico, che potrebb' essere più o meno grave, ed a questo studio ed al conseguente giudizio ci conduce la investigazione anatomo-:linica.

Argomento di pre-lilezione è codesto per me, ed in esso vi esercitoro sempre assai volentieri, perchè esige larga cognisione non solo di fatti anatomisi ma anch. dell'anatomia, cesia dei rapporti funzione dell'anatomia, cesia dei rapporti funzione corrono cra or-

gano ed organo, tra apparecchio ed apparecchio. nell'analisi di tutti i sistemi che li compongono.

La nostra proposizione è questa:

« Quando nel buio dei sintomi, che dovrebbero scaturire dalla lesione funzionale, non si trova guida alcuna per la diagnosi, la guida è fornita dal profondo, completo, cosciente studio anatomico.

Questa dottrina merita il nome di «anatomismo

alinico ».

due inferiori.

Nel nostro caso il modo di procedere è difficile. Esiste nella cavità del basso ventre un tumore mobilissimo, il quale in questo momento si trova nel quadrante inferiore destro. Questo tumore si può respingere e sospingere sensa che Pammalata risenta fastidio. Prima di procedere oltre, diamo uno sguardo all' ovoide addominale.

Quando sarete in procinto di studiare un tumore che abbia sede nel basso ventre, voi potrete servirvi di più metodi, nello stabilirne la topografis. Io escludo il vecchio metodo di Piorry, che un tempo andava per la maggiore. Egli tirava delle linee verticali ed altre orizzontali, in modo da limitare piscoli quadrati in sui collocava la esistenza di alcuni organi: il sistema era sbagliato. Infatti, il basso ventre è un ovoide: ha dunque due volte, una opposta all'altra; la prima è la volta diaframmatica, la seconda è quella che idealmente si costituirebbe dalla piccola cavità del bacino.

Ora, come volete andare a delimitare con lines orizzontali o verticali, organi che si trovano in una cavità ovoidea? Il metodo italiano è assai più ragionevole e più semplice: il basso ventre si divide in quattro quadranti: due superiori e

Stabilita così la sede dell'intumescenza, esaminerete i tessuti interni sotto il punto di vista del loro colore, della compattezza, della elasticità, della dolorabilità, dei circoli venosi che eventualmente potrebbero incontrarsi, e che pur sono tanta guida alla diagnosi. Poi osserverete la cicatrice ombelicale, la quale spesse volte si deforma sotto la pressione di alcuni organi lesi ; assume talvolta figura asoliforme, i suoi angoli possono allontanarsi dalla linea orizzontale, sollevarsi ed abbassarsi a seconda delle pressioni e degli stiramenti laterali che soffre; potrebbe anche essere spinta in fuori e retratta a seconda dei casi. L'esame, adunque, deve essere fatto sotto tutti questi punti di vista, ognuno dei quali potrebbe dar luogo ad analisi minutissime e tutte conducenti allo scopo. E necessario anche di rilevare, con una delicata palpazione, se esista impastamento delle anse intestinali fra loro e con gli appannaggi del peritoneo. Ora, in alcune forme di peritonite latente, ossia senza la guida del dolore, questo sintoma è molto attendibile. Dovete poi conoscere le armature muscolari del ventre; a volte, talune intumescenze possono aver luogo in mezzo ai muscoli e allora è facile, provocande determinate contrazioni muscolari, mettere in rilievo o nascondere tumori che per avventura si presentassero fra quei tessuti. I muscoli addominali sono capaci di imporre ca può dar luogo ad una volta di circolo, quando con contrazioni dissociate «tumori-fantasmi», per qualsivoglia ragione venga compresa la coed io ho veduto anche medici peritissimi cadere siddetta vena splenica, degli anatomisti. E dico

nella insidia che taluni tendevano loro allo scopo di sottrarsi dalla leva militare. Basta mettere i muscoli in condisioni d'impossibile tensione ed i tumori svaniscono.

Allorquando di tutto ciò possiate essere sicuri, non esistendo nulla a carico dei tessuti esterni o delle pareti addominali, il tumore ha luogo nella cavità. Ma allora è forza determinare in qual modo vi sia. Esso può essere libero, imbrigliato, superficiale, estrapsritoneale; può avere una certa mobilità, una grandissima mobilità od anche ne seuna; ma i più immobili, ordinariamente sono quelli delle glandule retroperitoneali, del rene, cioè e delle masse di Lebstein!

Possono i tumori entrostanti subire modificazioni di sede dal meccanismo del respiro, possono ascendere nella espirazione, discendere nella inspirazione, note tutte che giova accuratamente OSSCIVATO.

Nel caso in esame, se la miza fosse stata al suo posto, sarebbe uno di quegli organi che si palpano al tendersi del diaframma quando fossero nella mole anche non molto ingranditi : spostato com'è, caduto, il tumore sotto la respirazione è immobile : fatto è codesto che possiamo fasilmente constatare.

Nel caso nostro tutti i criteri esistono per portar non solo la diagnosi di splenestopia, ma più ancora di lapsus splenis.

Quali sono i danni che può portare la milza caduta? Eccoci alle risorse anatomiche.

La milza è congiunta al diaframma per mezzo di ligamenti speciali. Il ligamento splenico talvolta è lasso, e lo si crede tale specialmente nelle donne le quali a preferenza degli uomini, presentano il fatto morboso di cui ora indaghiamo l'entità. Questo ligamento mette anche in rapporto la milza col colon, e taluni anatomisti ritengono che siffatto prolungamento possa formare alla milza una specie di alcova da cui dovrebbe fuoruscire. E ciò è tanto potente nella mente di alcuni, anche notevolissimi, fra i quali l'Hirtl, che non credono poter ammettere a priori la possibilità di grandi spostamenti splenici.

Un altro ligamento assai più importante, congiunge la milsa allo stomaco, costituito da due lamine, che dall'organo in esame si dirigono al gran cul-di-sacco del ventricolo, ed è il ligamento gastro-splenico. Queste due lamine sono degne di studio singolare, perchè presentano due piani di circolo, uno profondo ed uno superficiale.

Per questo scorrono i famosi vasi brevi, che possono in qualche caso diventare lunghi; per quello scorre la vena splenica formata per lo più da 2-8 grossi rami primigeni che fuoriescono dall'ilo. Da questi rami primigeni, parlando sempre delle vene, hanno vita dei tralci che, trascorrendo per la lamina superiore del ligamento, infilano il cul-li-sacco stomacale. Questi tralci son quelli che costituiscono le vene brevi e si mettono in comunicazione tra loro per messo di ramoscelli anastomotici. Oodesta stupenda architettura idraulicosiddetta vena splenica perchè tale denominazione è affatto impropria quando si consideri che per questa vena, che è un vero emissario, si scaricano, oltre le vene della milza, la coronaria di sinistra e tutte le venuzze pancreatiche, prima che vada a far parte del tronco della porta.

Ora consideriamo un po che cosa possa essere avvenuto nella nostra ammalata. A milza caduta, tutto questo circolo potrebbe non essere rimasto in condizioni fisiologiche. Se lo splene caduto si fosse allontanato dallo stomaco, stirando molto questo ligamento, i vasi brevi sarebbero diventati assai lunghi nel caso nostro; ma se invece lo stomaco avesse seguito da vicino la milza nella sua caduta, si comprende che questi vasi non dovrebbero aver sofferto.

Io non sono dell'opinione di coloro che ammettono, troppo facilmente in siffatti casi, una lacerazione di ligamenti, ma ritengo a preferenza che si possano abnormemente stirare.

Se così non fosse, la lacerazione di questi tessuti delicatissimi e grandemente infiammabili, e più la facile rottura dei vasi e per ciò l'infiltrazione sanguigna e l'emorragia avrebbe dato, necessariamente, una peritonite con tutti i suoi sintomi e singolarmente col sintoma dolore.

E di questo sono convinto anche perchè ricordo di avere osservato su cadaveri più casi di flogosi sierose, dove emorragie puntitormi seguite subito da lievi e circoscritti essudati, hanno dato luogo, in vita, a punte dolorose spasmodiche, limitate alle aree nelle quali era avvenuta la emorragia e la piccola flogosi consecutiva.

Tornando al caso speciale, osserviamo, percuotendo delicatamente, che la risonanza alta timpanica del ventricolo, travasi vicinissima al margine della milza caduta, non distandone tutto al più che due o tre dita trasverse. E' certo, dunque, che se lo stomaco ha seguito la milza, non vi può essere distensione notevole dei vasi brevi. La controprova di tutto ciò, ci è data dalla percussione esercitata sulla regione splenica, nella quale non solo manca intigramente la ottusità che sarebbe stata propria della milza, ma vi si riscontra la risonanza caratteristica del colon: e tanto più sicuramente, quanto meglio lo stomaco dilatato ci forniva, percosso, una risonanza assai più timpanica, che poteva intieramente circoscriversi in modo distinto dalla risonanza del colon.

Che se i piani del ligamento gastro-splenico non sono stirati notevolmente, si potrà dire in ugual modo di tutte le attinenze vascolari che congiungono la milza con lo stomaco, per la coronaria sinistra, la milza col pancreas per il grande emissario venoso e le venuzze pancreatiche, il pancreas coll'arco duodenale per mezzo del condotto wirsungiano? Qui uno stiramento di vasi e di organi è faori di dubio. Ma questo stiramento non risulta dannoso al pancreas: difatti, compiute le più diligenti osservazioni, non dolore, fatto importantissimo. L'inferma non ebbe mai vomito salivare, nè salivazione, non presentò mai grasso nelle fecce, non succhero nelle urine, nè si abbo dal processo chimico della digestione duo-

denale alcun indizio di alterato funzionamento. Il solo dolore che dal luogo dov' è dall' inferma accusato si argomenta possa riferirsi, più che alla testa del pancreas, alla voluta duodenale, non è continuo, ma interviene quando avviata la digestione gastrica si verifica il passaggio delle sostanze chimacee pel duodeno. Ed è molto ragionevole che della catena degli stiramenti l'ultimo anello ne additi la sofferenza.

Quale sarà la cura ? Oggidi si consiglia troppo facilmente l'asportazione della milsa cadpta. Nella storia di quest'operazione gli italiani hanno la prima pagina: fin dal medio-evo, medici nostri eseguirono la splenectomia.

Ma le conseguenza di quest' atto quali sono? Si dice che la milsa asportata non rechi alcun danno al paziente: non lo credo. E' facile ritenere che, se quest' organo c'è, ci sia per le sue buone ragioni, nè sarà certamente soltanto l'organo del riso, come con ingenua giocondità pensavano taluni tra gli antichi: « O r sentit, pulmo loquitur, fel continet iras, splen ridere facit, cogit amare jecur ».

Asportata la milza si videro talora ingrandirsi le conglobate meseraiche e le glandule linfatico-sanguigne, od anche svilupparsi delle piccole milze succenturiate. Per me, la milza, se non è un organo necessario alla vita, è tuttavia molto importante; ed attorno ad essa piacemi ricordare alcuni punti soltanto di uno studio an ico già fatto da me, ed a cui non ho rinunziato giammai pei dinieghi che patii da taluni fisiologi, studio che ora con lieto animo riprenderemo.

A me pareva singolarmente strano che anatomisti, fisiologi, patologi e clinici, non si fossero fermati sopra questo fatto salientissimo: che vi sia, cioè, una sola e grande arteria del corpo umano, mancante di vena omonima. Che questa sia appunto l'arteria celiaca, onde sorge il famoso tripode dell'arteria epatica, della splenica e della coronaria stomachica.

Ohe, seguito con diligenza il circolo di questa arteria, si veggano le vene, provenienti da essa e trascorrenti pel giro degli organi, che si trovano nella zona superiore addominale, non già scaricarsi direttamente nell'alveo della cava ascendente, ma passare sistematicamente dall'uno all'altro viscere, sciogliendosi in capillari e riprendendosi in tronchi di organo in organo per tutto un sistema sprovveduto di valvule.

Che se nessuno ha dubitato mai della crasi funzionale del sangue contenuto nella vena delle porte, non avrebbe dovuto nemmeno elevarsi dubbio sull' identica natura di quello che, nato dalla stessa arteria, scorreva di organo in organo pella sona superiore addominale.

Che finalmente, sia forza ammettere due piccole circolazioni in antitesi funzionale: l'una nella zona superiore dell'addome, nella quale il sangua venoso è utilizzato dagli organi, le cui attività cellulari si esercitano sopra citre più alte di idrogeno e di carbonio che possono essere dalle vene tornite e non dalle arterie. l'altra per la piccola circolazione toracica, nella quale il sangue si li-

bera, a contacto dall' ossigeno, dell' escesso del earbonio e fiesa a sua volta l'ossigeno per il supremo officio delle combustioni.

Sarà tutto questo un errore, un delirio mio? Jo non lo credo; però, essendo tornato qui a questi studi con infinito piacere, riprenderemo insieme accurate ricerche, pronti a dire sempre il vero ed a confessare l'errore, se ci venisse dimostrato.

Parecchie volte ho fatto disgnosi in queeta Clinica di milsa caduta ed anche una volta di milsa caduta per un echinococco che vi si sra sviluppato. Non sempre però volsero le cose così benigne, come nella fattispecie attuale. Ricordo una povera inferma che fu portata nella mia Clinica in istato d'inoltrata gravidanza, e nella quale la milsa caduta si trovava tra l'utero gravido e la parete addominale, schiacciata contro le branche orissontali del pube. In quel caso miserando si dovette assistere nella inazione quasi completa allo sviluppo di una perito ite mortale. Allora non si praticavano laparotomie.

Altre volte le milse cadute hanno dato luogo a peritoniti parsiali ed a conseguenze morbose della milsa ectopica. Nel caso nostro nulla di tutto ciò.

Non si ha nemmeno a supporre la torsione del peduncolo vascolare, dal quale potrebbero insorgere fatti non lievi. Qui occorrerebbe soltanto riporre nella sua sede la milus, ciò che può fansi sensa alcuna difficoltà: ma riportata, dovrebbe fiscarvisi con apposito apparecchio, e questo è difficile, perchè le so'e compressioni praticate sulla parete addominale non assicurano la milusa dalla nuova discesa, come avviene appunto nel caso nostro; ed inoltre, ove si faccia più intensa la pressione, la milusa duole e la pratica dolorosa ed inutile potrebbe tornare non immune da qualche pericolo.

Passare, se si potesse innocuamente, ad un presidio chirurgico, parrebbe opportuno, quando però fallisca ogni compenso meccanico (Il Policimico, n. 24, 1896).

PRATICA DELLA MEDICINA

SCHILLEO. — 1. L'abolisione del rifieso faringeo e suoi rapporti con l'isterismo. — 2. Il sangue nella corez. — 3. Gli dello etomaco allo stato normale e patologico; fermentacioni etomacali e loro gas. — Sulla levuloruria. — 5. Per la dizgnosi della tabe inizizle. — 6. Il corpetto addominale e le sue applicazioni.

Kattwinkel. — L'abeliziene del riflesse faringee e suei rapperti cen l'isterieme

Gendrin nel 1846 fu il primo a richiamare l'attenzione sull'anestesia centrale e sull'anestesia degli organi di senso e delle mucose nell'isterismo. Dopo, un suo allievo, Henrot, fece ricerche esatte sull'anestesia della pelle e delle mucose. Nel 1870 Chairon descrisse l'anestesia delle parete posteriore della faringe e dell'epi-

glottide come un segno patognomonico certo e precoce dell'isterismo. Ma il primo antore che fece oggetto di ricerche accurate la mucosa della faringe e del laringe fu v. Zi e m s s e n, il quale trovò che nell'isterismo l'anestesia della mucosa dei detti organi non è costante nè frequente.

Gouguenheim nel 1882 trovò pure che tale anestesia negli isterici non è un sintoma costante.

Thaon è pure di avviso che l'anestesia laringea negli isterici non è nè frequente nè costante.

Oppenheim osserva che nell'isterismo i'riflessi cutanei e mucosi sono per le più indeboliti od aboliti, corrispondentemente alla ipo- od amestesia della cute e delle mucose. Analogamente si esprimono Lö w enfel de Dutil. Pitres dice che l'anestesia delle mucose è una stigmate frequente dell'isterismo.

Le ricerche più minute dopo quelle di v. Ziem sen, sui modo di comportarsi della sensibilità delle mucose nell'isterismo, le dobbiamo a Lichtwitz, allievo di Pitres; nondimeno le sue ricerche sono tali che non permettono se ne possa trarre alcuna conclusione sicura.

Più recentemente si sono occupati dello stesso argomento Dieulafoy, che considera l'anestasia della mucosa come un sintoma frequente dell'istorismo; Laveran e Teissier che considerano la mancanza del rificeso faringeo effetto dell'anestesia della mucosa faringea. Woronoff, Bernheim e Laurent che si esprimone nello stesso senso.

L'autore ha ripigliato a studiare l'argomento e furono oggetto delle sue ricerche 104 isteriche osservate nella Clinica di v. Z i e m s s e n. L'esame da lui fatto delle varie specie di sensibilità delle mucose, in queste inferme diede per risultato che la mucosa della faringe, per ciò che riguarda i disordini delle sensibilità, si comporta allo stesso modo della cute. Auche nella mucosa faringea delle isteriche noi possiamo per c'ò incontrare l'anestesia totale, l'emianestesia, l'anestesia a forma insulare, l'anestesia dissociata. K a t t-winkel osservò, inoltre, che i disordini di sen-ibilità della mucosa si trovano so'tanto quando estesi disordiri sensitivi esistono nella cute, ed al contrario l'anestesia cutanea completa può esistere sensa contemporanea anestesia delle mucosa.

Per ciò che riguarda il rapporto tra l'anestesia della mucosa faringea e l'assenza del rifiesso faringeo, K a t t w i n k e l ha potuto stabilire in queste ricerche, che quel rapporto non esiste, cioè che l'assenza del rifiesso non dipende dall'anestesia della mucosa, ma da una lesione dell'arco rifiesso che sta tra il nucleo motore ed il sensitivo nel cervello.

Infine, poiche il riflesso faringeo fra 104 isteriche mancava in 100, K at t w i n k ē l ështitiude che l'assenza di questo riflesso può a buon dritto considerarsi come una stigmate isterica, che concorre con g'i altri sintomi ad assicurare la diagnosi di isterismo, mentre per se sola l'assenza del riflesso faringeo non ha tal valore,

giacche è stata notata, oltreche nell'isterismo, nella neurastenia, nell'epilessia, durante e breve tempo dopo l'accesso, negli individui che hanno fatto lungo uso di bromuro di potassio (Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd 57, H. 5 u. 6, 1896).

De Grasis

Burr. — il sangue nella corea

L'anemia alcune volte è stata considerata

quale causa della corea.

Molto pasienti, frattanto, vengono ritenuti anemici, perchè sono pallidi e magri; dal semplice pallore però della faccia, non può dirsi con certezza che esista uno stato anemico: è necessario sempre l'esame diretto del sangue.

. Perchè si possa dire che l'anemia sia una causa della corea, è necessario che essa si presenti prima di questa malattia in un grandissimo numero di volte; non è sufficiente al certo che si sviluppi durante il corso della corea.

Ora, per l'appunto, nel maggior numero di ca-

si, avviene quest' ultima condizione.

L'autore ha esaminato il sangue di 86 individui coreici ed è venuto alle seguenti conclusioni:

la sostanza colorante del sangue ed i globuli rossi, durante un attacco di corea, raramente, sono del tutto normali;

esiste ordinariamente una modesta diminuzio-

ne di emoglobina e di globuli rossi;

l'anemia per ciò nel tipo è clorotica;

non vi è alcun rapporto fra l'intensità dello attacco coreico e dell'anemia. Quando esiste una grave anemia, d'ordinario non ha luogo alcuna complicazione che possa spiegare tale stato anormale del sangue;

l'anemia non è una causa diretta, immediata, della corea, ma piuttosto può essere una causa

predisponente:

nella maggioranza delle coree, però con anemia molto moderata, è più probabile che essa sia un risultato della corea, anzichè una condizione predisponente.

In quanto al meccanismo della sua produzione, si può ammettere che l'anemia sia l'effetto di un profondo disturbo funsionale nervoso o di una intossicazione, nei casi di corea prodotta da un avvelenamento batterico.

Vi è una forma di anemia, la cui esistenza non può essere svelata dai mezzi clinici, quella condisione cicè, in cui esiste una uguale diminuzione di cutti gli elementi solidi e liquidi del sangue.

Che essa però possa essere causa della corea, non è per nulla provato (University Medical Maga-

zine, decembre 1896).

Greco

Vauthey. — Gas delle stomaco allo stato normale o patologico; fermentazioni stomacali o lero gas

Dai risultati delle sue ricerche cliniche e sperimentali l'autore ha concluso, che

la presenza del gas nello stomaco è normale, frielogies;

la natura è determinata, la quantità minima . l'origine a la causa multiple, gli effetti poco importanti.

Lo stato patelogico è costituito spesso da una abbondanza più considerevole dei gas medesimi; le loro proporzioni nel miscuglio sono variabili. Alcuni disturbi morbosi esistono senza esagerata quantità dei gas.

La loro comparsa e il loro accumulo nello stomaco danno luogo a flatulenze, timpanismo, me-

teorismo, pasumatosi.

I gas, sono principalmente originati dalle anomali fermentazioni e dall'aria atmosferica introdotta dall' esofago. Parecchie altre cause sono di minore importanza.

Le fermentazioni gassose dello stomaco dipendono dalle sostanze idrocarbenate, più raramente dalle materie albuminoidee, e traggono origine dall' attività di numerose specie di microrganismi (fermenti, batteri).

Le fermentazioni son prodotte da dilatazione ed insufficiente motilità; il ristagno ne favorisce

la produzione.

Il succo gastrico e l'acido cloridrico hanno asione antisettica relativa.

Le fermentazioni sono legate alle affezioni ga-

striche, e frequentemente si ha la fermentasione lattica, butirrica, alcoolica, acetica.

Le anormali fermentazioni possono anche dipendere da molteplici cause, principalmente dalla natura del mezzo fermentescibile; il predominio di particolari agenti fermentativi , la loro attività, le associazioni microbiche, la presenza o l'assenza dell'ossigeno, la presenza o l'assenza dell'acido cloridrico, sono condisioni che favoriscono le fermentazioni.

Nei neuropatici, e in ispecie nelle isteriche, si osservano fenomeni patologici, consistenti in eruttazioni isteriche, dovute a spasmo della tunica muscolare dello stomaco, aerofagia o deglutizione involontaria di aria atmosferica, timpanite.

Nella cura delle fermentazioni gassose bisogna combattere il ristagno, e ciò col regime opportuno, con la diminuzione dei cibi, lo svuotamento dei residui stagnanti, l'eccitazione della tonicità e della motilità.

Combattere i processi fermentativi con gli antisettici (Lyon medical, n. 51, 1896).

Vajana

R. May. — Sulia levulesuria

Le osservazioni sinora pubblicate sulla presensa del levulosio nell' urina, non reggono ad una critica severa. Dapprima erasi arguita la esistenza del levulosio dalla riduzione degli ossidi metallici, dalla deviazione a sinistra, e più tardi dalla presenza di prodotti di fermentazione, caratteri tutti che, secondo ci dimostrano i progressi della chimica, possono oggi far nascere il sospetto della presenza del levulosio, ma che non lo provano in un modo incontestabile.

Nuove conquiste in questo campo sono state fatte per opera di E. Kalz, a cui riusci mediante la precipitazione operata dall'acetato di piombo, che fa diminuire di molto nell'urina la massa della sostanza deviante, di isolare dal precipitato una sostanza avente le seguenti proprietà:

1: rotasione a sinistra, che diminuisce elevando la temperatura; 2: fermentasione coll'aggiunta di lievito, formazione di acido carbonico ed alcool; 8: formasione di un osasono con punto di fusione a 205°C.; 4: l'analisi elementare dell'osazono fornisce risultati concordanti coi valori di H e di O del phenilgiucosasone; 5: risultato positivo della reasione di Seliwanoff; 6: ridusione degli ossidi metallici; 7: sapore dolce.

Da ciò si vede che questa sostanza si differensia dal modo di comportarsi del levulosio, per la precipitazione, che ha luogo coll'acetato di piombo, la quale, secondo Küls, è dovuta a particolari condizioni. Tuttavia K ti l z non osa dichiarare quale levulosio la sostanza da lui isolata,

ma la annovera tra una delle specie di zucchero sinistrogirs, dalla composizione O'H22O'.

La comunicazione dell'autore, riguarda un caso di eliminazione sintomatica di succhero in un individuo dell'età di 16 anni, con pronunziata mie. lite trasversa, la quale malattia si inisiò nell'agosto 1894.

Sin dal mese di gennaio seguente, fu osservato, di tanto in tanto, una reasione positiva dell'urina con la reazione di Nylander e di Trommer. L' urina era torbida, alcalina e conteneva pochi leucociti e molti batteri. Rischiarata e decolorata l' urina col carbone, essa diede 0,4 % e nei giorni seguenti 0,2 olo di succhero. La fermentazione indottavi cen tefe e l'innesto fatto in urina sterilizzata con caltura pura di Saccharomyces apiculatus fecero scomparire la devissione e la ridusione. L' urina decolorata, bollita con resorcina ed HOl, dava in pochi minuti una bella reasione rossa, e, raffreddandosi, un precipitato solubile in alcool; coll'aggiunta di idroclorato di fenilidrazina e di acetato di sodio, si formava, coll' ebollizione ed in parte anche durante il raf freddamento, un osazono con cristalli fascicolati; con la precipitazione con acetato di piombo si otteneva nel precipitato soltanto una parte della sostanza sinistrogira e la massa principale rimaneva nel filtrato.

Dopo queste ricerche preliminari, tentò l'autore di ottenere pura la sostanza, la quale per le sue proprietà fu trovata molto simile al levulosio, ma non fu possibile di ottenerne la cristallizzazione; ciò nonostante l'autore ritiene, che la sostanza isolata fosse veramente levulosio, perchè non sono noti altri succheri, che riuniscano in sè tutte proprietà simili a quelle rinvenute dall' autore nella sostanza da lui isolata.

Questo caso fornisce, secondo l'autore, una prova dell'esistenza della levulosuria, la quale è contradistinta dai seguenti caratteri: 1. Botazione a sinistra; 2. Riduzione degli ossidi metallici; 8. Fermentazione con l'aggiunta di lievito in cultura pura e formazione consecutiva di alcool ed acido carbonico; 4. Formazione di phenildextrcsason (Dest. Arch. f. klin. Medic., H. 8 a. 4, 1696).

Sarrants. -- Il serpette addeminale e ie sue applicazioni.

L'autore, già da tempo, ha insistito sull'idea di un nuovo modello di corpetto addominale, da sostituirsi a quello toracico, e che ha il vantaggio di rinforsare la parete addominale e di mantenere la massa intestinale nella sua posizione normale.

Questo busto addominale, prende appoggio indietro sul bacino e si continua in avanti sino alla parte inferiore del ventre, lo inviluppa completamente in modo che il busto posteriormente si appoggi sulle ossa , in avanti sono invece i viseeri che si appoggiano su di esso. Nei casi di ptosi dello stomaco o di altri visceri addominali, esso è preferibile alla cintura ipogastrica, giacchè quest'ultima ha l'inconveniente di non dispensare dal bisogno del busto, che se anche non inviluppa completamente il ventre, si appoggia su di esso, cosicché lo stomaco viene portato più in avanti del normale da queste due forse antagonistiche. Invece, col busta addominale, prolungato sino al di sopra della vita, la pressione sarà molto meno obliqua e i visceri riprenderanno la posizione normale.

Nei casi di ectopia renale e di ernia ombalicale, l'autore ha avuto anche buoni risultati da

questa forma di busto.

Questo busto addominale, però, secondo come confessa anche l'autore è antiestetico, giacchè fa scomparire l'incurvatura epigastrica e vi sostituisce un salienza.

Però, il seno col busto toracico, essendo posto su una superficie quasi verticale, tende a cadere, mentre, col busto addominale, essendo lo stomaco, il fagato e i rani, mantenuti contro il disframma e le false coste e lo sterno sollevati, il seno si trova posto su una superficie meno inclinata e quindi resiste meglio all'azione della gravit**à.**

Nel caso di un seno troppo voluminoso, l' autore, consiglia delle bende di una stoppa sottile e permeabile, rilegate alle spalle, come mezzo di contenzione (La tribune mèdicale, n. 51, 1896).

Per la diagnesi della tabe iniziale.

I sintomi indicati dal Fournier per la diagnosi della tabe iniziale, quali l'assenza del riflesso rotuleo, il segno di Romberg, la difficoltà che provocano i tabetici nel discendere una scala, il muovere una gamba disordinatamente per incrociarla sull'altra, la difficoltà di formarsi o voltarsi mentre camminano secondo una data direzione, il non potere stare diritti su di un piede, sono comuni, secondo l'autore, anche al *beri beri.* L'autore per ciò conchiude che questi segni non bastano per stabilire una diagnosi differenziale tra la tabe ed il beri-beri, ma che ad essi se ne devono aggiungere due altri per la diagnosi precoce del béribéri; 1º la difficoltà di muovere rapidamente le dita in varie estensioni e flessioni alternate e successive; 2º un'estrama difficoltà per potere restare accoccolati e una difficoltà ancora maggiore per sollevarsi da tale posizione (Le Bulletin mèdical, n. 101. 1896).

Hirto

FORMULARIO

il qualacole asseciate cen altri farmachi.

Il guaiacolo è stato per la prima volta associato al jedeformio da Picot. Però, senza disconoscere l'a zione zaverevole del jodoformio, in certe forme di tu bercelosi torpida, sembra che una parte dell'emottisi considerate come consecutive all'uso del guaiscolo, sia dovuta al jodoformio.

Ecco la formula di Picot:

Guaiacolo aintetico gr. 5 Jodoformio - 1 Olio d'ulive sterilizzato Vaselina liquida

ana q. b. per fare 100 cc.

2 a 5 cc.

Si é associato anche all' eucaliptolo, ma quest' uso era giustificato prima della scoperta del guaiacolo a, giacche il guaiacolo ordinario non poteva essere im piegato che a piccole dosi, a causa della presenza dei cresoli nalla sua composizione, che gli davano una asione irritante:

> Guaiacolo sintetico 12 gr. Eucaliptolo Olio d'ulive cc. 120 5 cc. al giorno.

L'associazione con la cantora è più giovata, specialmente nei casi in cui l'ammalato è depresso od adinamico:

Canfora	gr. 1 a 2	
Guaiacolo a	>	8
Olio d'ulive sterilizzato	oc.	100
5 a 10 cc. al giorno.		

La sparteina è stata utilmente unita al guaiacolo nei sub recolotici sofferenti di tachicardia:

Guaincolo a	gr.	8
Solfato di sparteina	>	0,40
Olio d'ulive sterilizzato	00	100

Infine, per rinforzare l'azion analgesica del guaia colo, si dissolve nel cloroformio:

Guaiacolo	2 gocce	
Cloroformio	10	
Alcool a 220	00 1	

Per una iniezione, in vicinanza del nervo leso « Ga. sette hébdomadaire de Médecine et de Chirurgie », n. 100, 1896.

Mirto

NOTIZIE

Ritenzione fetale per 5 mesi.

Lavabre mostra un feto dell'età di quattro mesi circa, con la placenta.

bi tratta di un caso di ritenzione fetale prolungata di 5 mesi e messo, a sei mesi circa.

Gli antecedenti personali della madre sono: quadici gravidanze precedenti normali, tre figli morti in tenera età, di affezioni indeterminate, otto stanno bene.

L'ultima gravidanza in giugno 1895. Ritorno delle mestruazioni in ottobre, che continuano regolarmente nei mesi di novembre, decembre e gennaio; ultima mestruazione il 24 gennaio.

Allora divenne incinta, con la comparsa dei segni ordinari della gravidansa (nausse , vomiti , aumento di volume del seno e del ventre.

Dopo 4 mesi di gravidanza, si sospesero i sintomi, quindi diminusione net volume del seno; il ventre restò stazionario.

Continuando in tale stato consulto Pollosson, che constatò i segni obiettivi di una gravidansa a 4 mesi circa.

Tumore uterino che arrivava 2 dita trasverse al di sotto dell'embelico, collo fisso, labbra..spesse e in-

Pollosson consiglia la gravida di ritornare ad altro mese, perché in allora i sintomi sarebbero stati più sicuri.

Però l'inferma ritorna tosto nella Clinica per forti perdite di sangue: si tento la dilatazione digitale del collo, ma si dovette sospendere pel sopraggiungere di emorragia gravissima.

Dopo 5 giogni l'inferma fu presa da vivi dolori, e di li a poco espulse un feto con membrane e placenta.

L'aspetto del feto era come se fosse etato conservato in alcoo, non macerato, mummificato. Liquido amniotico torbido. Placenta con focolai emorragici, sangue nerastro coagulato.

Pollosson riconosce in queste lesioni una placenta albuminosa, e fa la diagnosi retrospettiva della causa che determino la morte del feto: l'albuminuria.

Lavabre crede il caso interessante: perchè la ritensione fetale prolungata in una gravidanza uterina, che ha durato da 5 mesi e mezzo a 6 mesi, è rarissima,

Si conoscono delle ritenzioni prolungate nelle gravidanze extra uterine; però nelle uterine esse durano ^{po}chi giorni.

Il termine più lungo che è stato registrato si è di 3 mesi (Pinard) «Lyon medical », n. 81, 1896).

Vajana

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Schmano.—1. Riviste sintetiche. Il valore diagnostico del a rachicentesi. — 2. Lavori originali. R. Arcispedale di S. Maria Nuova in Firenze. 2º reparto medico (prof. G. Banti). — Tumore del lobo frontale; nefrite acuta; epilessia jacksoniana, per i dottori V. Ducceschi e V. Martini. — 8. Societá scientifiche. — 4. Le Cliniche germaniche. Cinica medica di Warzburg (prof. W. Leube). Sulla diagnosi dei rumori cardiaci sistolici.—5. Patologia cerebellare.—6. Pratica dell'igiene.—7. Pratica della chirurgia.—8. Formulario. — 9 Notisie. — 10. Necrologio.

RIVISTE SINTETICHE

il valore diagnostico della rachicentesi Nell'anno 1691, Quincke comunicò al X Congresso di medicina interna in Wiesbaden, un nuovo trattamento dell' idroccialo, consistente nella puntara del canale vertebrale. Pur conoscendosi allora la puntura nelle malattie della cavità cranica e rachidea, pure essa era stata solo impiegata nei casi in cui le dette cavità non erano separate all'esterno come nel caso di spina bifida. In questi casi, in cui per manchevole sviluppo manca o fa difetto la chiusura ossea, è facile pungere senza pericolo le meningi; ma complicato è il caso in cui bisogna aprire la cavità cranica o rachidea, operazione che è entrata nella chirurgia per opera di Victor Horsley. Il chirurgo trapana, in casi di tumori cerebrali, per diminuire nell'encefalo la pressione talora anche, secondo consiglia Horsley, nella meningite tubercolare.

Per studi sperimentali sulla pressione cerebrale, si è praticata anche la trapanazione negli animali e si è praticato un accesso alla cavità rachidea col togliere gli archi vertebrali. Il processo di Quincke ha il vantaggio della semplicità in confronto ai processi grossolani praticati in chirurgia; esso fu praticato nell'idrocefale con la puntura lombare, ma si deve a v. Ziemsseu l'aver delucidato la parte importante pratica di questo processo.

v. Zi e m s s e n sin dal 1891, praticò la puntura lombare in casi di meningite cerebro-spinale epidemica, di meningite cerebro-spinale tubercolare, di idrocefalo, di tumore cerebrale e di affesione della midolla spinale. Questa puntura fu anche impiegata a scopo terapeutico, avendo visto v. Zi e m s s e n, sui cadaveri, che un liquido colorato con violetto di metile, può essere spinto sino alla midolla cervicale, e quindi al liquido cerebro-spinale possono mischiarsi, mediante la cannula delle sostanse medicamentose solubili.

In tutti i casi comunicati da Quincke, Ewald, Sahli e Naunyu, non si ottennero eccellenti effetti terapeutici, però in alcuui si ebbe guarigione dopo la puntura, in altri miglioramento per un tempo più o meno lungo.

v. Zi e m s s e n fu il primo a dare valore diagnostico a questo metodo e ad inaugurare un avvenire alla conoscenza delle malattie cerebrali e spinali, specialmente quando poté Q u in c k e vedere, che nel cane e nel coniglio non riusciva difficile, con una siringa di Pravatz, di iniettare liquido nello spasio subaracnoideo, senza aprire il canale vertebrale osseo.

v. Ziemssen cercò quindi di pungere nell' uomo lo spasio subaracnoidale nella porzione lombare e dal liquido cerebro-spinale ricavato potè scorgere le alterazioni nel territorio della midolla spinale ed osservare anche i processi che hanno luogo nella cavità cranica. Per riconoscere come il liquido cerebro-spinale potesse farci venire in chiaro dei processi che si svolgono nella cavità cranica, bisogna, ansitutto, conoscere bene i fini rapporti anatomici.

Infatti, nella pia-madre avvolgente il cervello e la midolla spinale, si aprono verso l'aracnoide delle fessure, che nei diversi punti sono di varia grandezza ed estensione e che vengono denominate «spazi subaracnoidali». In questi spazi sta il liquido cerebro-spinale, che probabilmente è secreto dal plesso coroideo e questi spazi comunicano coi ventricoli per il foramen Magendie per le aperture laterali del quarto ventricolo (Key, Retsius) e per la fessura scoperta da v. Merkel e Mierejewski nel corno inferiore di ogni ventricolo laterale.

Quindi il liquido secreto dal plesso coroideo si move dai ventricoli laterali da una parte per il foro di *Monro*, pel 8º ventricolo, per l'acquedotto di Silvio verso il 4º ventricolo e da qui per le comunicazioni sopradette (foramen Mage udie ed aperture laterali del IV ventricolo): dall'altra parte per le aperture del corno inferiore dei ventricoli laterali, negli spasi subaracnoidali alla base del cervello. Da qui la corrente si divide in due rami, di cui il principale va all'intù, a traverso gli spasi subaracnoidali, alia convessità nelle granulazioni del Pacchioni, l'altroinvece, si versa per meszo degli spasi subaracnoidali dell'aracnoide spinale nella cavità della midolla spinale. La corrente è permanente secondo risulta dalle ricerche di Magendie, Tillaux ev. Bergmann. Il liquido cerebro-spinale sta normalmente sotto una pressione positiva di intensità assai

varis, come è provato dalle ricerche di Falkenheim e Naunyn, di Leyden, di v. Bergmann e Quincke e l'altezza di questa pressione normale viene molte influenzata dalle oscillazioni della pressione sanguigna arteriosa ed in modo speciale dalla quantità esistente del liquido cerebro-spinale (Falkenheim e Naunyn).

Quando la pressione subaracnoidale sale o la pressione sanguigna si abbassa, allora entriamo negli stati patologici.

L'aumento della pressione subaracnoidale stato diviso da Fulkenheim e Naunyn in autonomo ed in trasmesso; è esso autoctono quando si ha per aumento della quantità del liquido, è invece trasmesso o secondario, quando esso è prodotto da diminuizione di spazio nella cavità encefalo-rachidiana. Si hanno poi i sintomi della cosiddetta pressione cerebrale patologica, quando la pressione subaracnoidale sale e diviene eguale alla pressione sanguigna nelle arterie cerebrale. Le manifestazioni della pressione cerebrale, i veri sintomi diretti della pressione cerebrale consistono in forti dolori di testa, che insorgono accessionalmente con vertigini ino alla perdita di coscienza, in vomite, rallentamento del polso, respirazione lenta, irregolare e superficiale, in convalsioni generali ed in anomalie del movimento delle pupille.

I sintomi indiretti della pressione cerebrali consistono in disturbi visivi dovuti a neuro-retinite con papilla da stasi, dolori di testa continui, leggieri ed accompagnati da senso di vertigine ed in generale da debolezza mentale e corporea. Questi sintomi sono dovuti ad aumento cronico e lento della pressione sabaracnoidale, la quale è molto minore della pressione arteriosa, che quando si abbassa, tanto da eguagliare quasi la pressione cerebrale latente, allora questa ultima diviene manifesta. E quindi chiaro, che la cosidetta pressione cerebrale non può essere limitata al solo cervello.

La rachicentesi si esegue, secondo Quincke, nel modo seguente: si fa giacere il pasiente sul fanco sinistro, con la colonna lombare fortemente piegata all' innanzi, e si pratica la puntura con un ago sottile e cavo al di sotto del 8º e 4º arco vertebrale lombare, cioè nello spazio tra le arcate della 8 e 4 vertebra. Nei bambini si punge meglio per la presenza del forte ligamento interspinale, alcuni millimetri lateralmente alla linea mediana e si dirige l'ago in modo, che esso venga a forare la dura madre nella linea mediana; nei bambini un pò adulti si punge anche lateralmente,

ma si deve dirigere l'ago un pò all'insù, perchè le apofisi spinose sono in quest' epoca della vita dirette un po' all' ingiù. La penetrazione nello spazio subaracnoidale è segnalata dal gocciolare del liquido dalla cannula, la quale deve essere conficcata per circa 2 centim. in un bambino dell'età di 2 anni, e nell'adulto per 4 6 centim. La midolla spinale non può venir lesa dall'ago, perchè il cono midollare arriva nei bambini sino ad 1 anno, alla 8ª vertebra lombare, alla 2ª vertebra lombare alla fine del 8º anno e negli adulti si trova, in generale, all'altesza della prima o seconda vertebra lombare. Il filo terminale è protetto dalle forti radici nervose del plesso lombare e sacrale, le quali fanno deviare l'ago.

Nel modo suddetto, fa praticata da Strauss (Deut. Arch. f. klin. Medic., Bl. 57, Heft 8 a. 4, 1896) la puntura lombare nei seguenti otto casi: meningite cerebro-spinale epidemica con idrocefalo interno, tre casi di meningite cerebro-spinale epidemica, meningite tubercolare basilare con tubercolo solitario nel talamo ottico, meningite cerebro-spinale sierosa, formazione confluente di tubercoli nell'emisfero cerebellare sinistro con tubercolo solitario nel cervello e con tubercolosi di ambo i polmoni e reni ed un caso di tumore del cervello. A differenziare queste diverse malattie, giovano i caratteri del liquido cerebro-spinale ottenuto con la puntura. Il liquido viene ora a forma di zampillo, ora a gocce, ora scorre lentamente, e ciò sta in rapporto alla quantità ed alla pressione del liquido ed alla posizione del pasiente, perché piegato in avanti si ha minor quantità di liquido che non nella posizione piegata all'indietro.

Similmente agisce la pressione addominale, che causa un forte acceleramento del getto fuoriuscente, in cui si possono, alle volte, percepire oscillazioni respiratorie e pulsatorie. La quantità di liquido, che si ottiene nell'infiammazione purulenta, aumenta e si abbassa a seconda che essa regredisce o progredisce, e così fornisce dei dati sullo stato della inflammazione. La minore quantità di liquido nelle infiammazioni, che continuano, è dovuta ad essudati spessi, che talora , come mostrano le autopsie, intercettano la comunicazione tra gli spazi subaracnoidali del cervello e della midolla spinale ed allora continuando il plesso coroideo, risparmiato dall'inflammazione purulenta, a secernere liquido ed essendo occluse le vie di deflusso, si stabilisce un' idrocefalo interno di grado elevato, che non può essere alleviato dalla puntora. Quando, adunque, ai hanno sintomi di presai pe cerebro-spinale sensa

she la pressione elevata sia addimostrabile manometricamente con la puntura lombare, allora bisogna ritenere, che le vie di comunicazione degli spazi subaracnoidali cerebrali e spinali sono ostraite.

Questi fatti fanno differenziare ancora la meningite sierosa, dalle altre infiammazioni di queste membrane, poichè in essa il liquido fuoriesce a getto ed anche la fanno differenziare dai tumori serebrali, i quali nel loro progressivo sviluppo ordinariamente comprimono le vie di deflusso negli spazi subaracnoidali spinali. Difficile, ansi impossibile, è la diagnosi nei casi di solerosi attorno al foramen Magendie, come si osserva in alcune forme di idrocefalo, e nei casi d'inspessimenti bianchi, talora anche di aderenze della pia col tessuto aracnoidale e con la dura, le quali possono aversi dopo la guarigione di una meningite acuta, per impossibilità di passeggio del liquido a traverso lo spazio subaracnoidale.

È da considerare ancora il tempo che impiega il liquido cerebro-spinale e scorrere, e così si viene in pari tempo a considerare i caratteri del liquido ottenuto con la puntura.

Il colorito del liquido è chiaro come acqua nella meningite sierosa tubercolare e nei tubercoli del cervello e del cervelletto; è chiaro, ma con una tinta in giallognolo, nel caso di tumore cerebrale; è torbido nella meningite cerebro-spinale epidemica. Nel colore del liquido si ha anche un criterio diagnostico, perchè quando il liquido nella meningite cerebro-spinale diviene gradatamente chiaro, ciò vuol dire che la malattia volge a guarigione.

Un altro segno semiologico è dato dalla presenza d'albumina nel liquido cerebro-spinale, in coi se ne trova normalmente tracce, al di sotto di 0,1°10.

Nei casi di meningite cerebro-spinale epidemice, si trova poca albumina; nei casi di tumore cerebrale è il liquido debolmente albuminoso.

La presenza dei leucociti sta in intimo nesso col contenuto in albumina. Questi leucociti si trovano nella meningite cerebro-spinale epidemita ed in quella tubercolare, mancano completamente nel liquido ottenuto nella meningite sierosa.

Batteriologicamente si è constatato nel liquido la presenza di diplococchi, di stafilococchi piogeni (albus e aureus) (Deut. Arch. f. klin. medic., Bd. 57, Heft, S u. 4, 1896).

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA IN FIRENZE (COcondo reparto medico) prof. G. BANTI.—TUMORE DEL LOBO FRONTALE; NEFRITE ACUTA; E-PILESSIA JACKSONIANA, per i dottori V. Ducceschi e V. Martiei.

È una nozione ormai stabilmente acquisita. che l'epilessia jacksoniana è l'effetto di uno stimolo, che, agendo sulle cellule della zona motrice della corteccia cerebrale, determina la scarica dell'energia accumulata in esse.

Si crede dapprima che la convulsione parziale dipendesse sempre da una lesione situata in corrispondenza della zona motrice, ma quest'opinione dovette poi essere notevolmente modificata: così, mentre da una parte si osservò che essa può essere l'espressione tanto di una epilessia idiopatica, come dell'uremia, dell'isterismo, di varie forme di avvelenamenti, ecc., si riconobbe dall'altra che anche processi a focolaio situati in differenti regioni della corteccia, al di fuori delle circonvoluzioni rolandiche, sono egualmente capaci di causarla. In quest'ultima categoria di casi si invocarono a spiegazione del fatto i fenomeni a distanza che un focolaio morboso è capace di produrre in altre parti del cervello; così l'irritazione, la compressione, il rammollimento, l'edema, l'anemia, ecc. Un discreto numero di contributi clinici attesta il prevalere ora dell'uno, ora di un altro dei fatti testè accennati.

Essendo a noi occorso di osservare, su questo proposito un caso che nei suoi particolari si discosta alquanto da quelli finora descritti, ci sembro non privo di interesse il farne soggetto di una nota clinica.

Riassumiamo qui brevemente la storia del soggetto ed il risultato delle ricerche anatomo-patologiche che esso ci porse l'occasione di compiere.

G. Assunta, di anni 46, coniugata, con un figlio, donna di casa, entra nell'ospedale di S.ª Maria Nuova in Firenze, il di 5 novembre 1896, ed è assegnata al 2º reparto medico, diretto dal prof. G. Banti.

Il padre è morto di un'affezione polmonare acuta; la madre è vivente e sana. Non esistono precedenti nervosi in famiglia.

Non ha sofferto alcuna malattia di entità prima di maritarsi; è stata sempre bene fino alla presente malattia. Ha avuto una sola gravidanza che decorse regolarmente, come pure il parto ed il puerperio: il figlio è vivente e sano, non nervoso.

Da 2-3 mesi i mestrui erano divenuti più fre-

quenti ed abbondanti. La paziente si era fatta più irritabile, ma pare fossero in famiglia cause, indipendenti dalla donna, che potevano spiegare quel cambiamento di carattere. Mai cefalea, nè disturbi psichici, non vomito, non perdita d'appetito. Verso la fine del mese di ottobre si era trapazzata alquanto, nell'assistere un individuo operato d'ernia: vegliava quasi tutta la notte, andando qua e là per la camera: non sisentiva però affatto stanca, nè mostrava alcuna speciale sofferenza. Il giorno 2 novembre, mentre era ad assistere il solito malato, parve si presenti che la paziente si assopisse: avendola questi ripetutamente chiamata, essa non rispondeva; durò in questo stato d'incoscienza per circa un' ora; non furono notate in questo tempo scosse convulsive od altro dei tenomeni che mostrò poi; aveva un pò di schiuma sulle labbra. Ritornata in se, tutto sembro terminato.

Il giorno seguente potè accudire alle sue occupazioni di infermiera, ma la donna diceva al marito di sentirsi la testa come vuota, era smemorata e debole.

Alla sera, mentre stava spogliandosi per andare a letto, stramazzo al suolo; il marito, che corse a soccorrerla, notò che la moglie era in preda a scosse convulsive, limitate al lato sinistro del corpo, con stiramento dell'angolo labiale e deviazione della testa e degli occhi dallo stesso lato. La perdita della coscienza era completa. Non era preceduto grido. L'accesso durò pochi minuti: la donna si era morsa la lingua. Messa a letto si addormentò e nella nottata non si ebbe altro. La mattina seguente (giorno 4) si sentiva spossata, accusò cefalalgia, ma non molto intensa, aveva confusione in testa, e smemoratezza più accentuata che il giorno innanzi.

Tornò ad assistere il malato, nella giornata mangiò poco ed ebbe poliuria. La sera, tornata a casa, mentre se andava a letto, il marito le vide compiere un giro sopra sè stessa da destra a sinistra e cadere al suolo presentando un quadro analogo a quello della sera precedente: i fenomeni convulsivi erano al solito localizzati a sinistra. Riprese ben presto la coscienza, ma poco dopo cominciò una serie di accessi convulsivi simili, seguitisi a breve distanza, con perdita della coscienza anche negli intervalli tra l'uno e l'altro. A dire del marito, la pelle era scottante. Questi accessi continuarono fino alle 5 del mattino seguente: a quest'ora riprese incompletamente a conoscere: accuso dolore di capo tica: si aveva triama 13 alto grado. Comincia-

molto vivo. Nella giornata (giorno 5), si sentiva stanca, confusa, oppressa: non ebbe vomito, non disturbi visivi od uditivi. Alle 2 pom. ricominciarono gli attacchi convulsivi con gli stessi caratteri dei precedenti, che si sasseguirono a breve intervallo per parecchie ore: alle 17,80 fu portata all'ospedale.

L'esame obiettivo diede i seguenti risultati Donna di costituzione scheletrica regolare, di aspetto robusto, pannicolo adiposo abbondante. Non esistono edemi. Decubito supino.

Conformazione del cranio regolare. Arterie temporali evidenti, ma non dure. Il sopracciglio di sinistra appare un poco più rialsato di quello di destra.

Occhi: mobilità delle palpebre e dei bulbi oculari, all'infuori degli accessi convulsivi, normale. Esiste a sinistra lisve ptosi palpebrale. Pupille leggermente miotiche: reagiscono torpidamente alla luce. Altre ricerche non si possono fare perchè la malata è in istato di completa incoscienza.

La bocca è stirata verso sinistra. La compressione esercitata sui punti d'uscita delle branche terminali del trigemino sembra riesca dolorosa alla paziente, che reagisce con movimenti del capo e del braccio destro.

La malata pronunzia qualche parola incosciente, ma che sembra bene articolata.

La deglutizione normale, poiche si riesce a farle inghiottire qualche cucchiata di una pozione con bromuri.

Non esiste rigidità dei muscoli della nuca: la pressione lungo le apofisi spinose delle vertebre non provoca reazione.

Nulla di patologico si rileva all'esame degli organi toracici o addominali. La malata perde le urine e le fecce.

Si nota un poco di rigidità degli arti di sinistra. I riflessi tendinei sono aboliti da ambo i lati.

Nel breve tempo che rimase all'ospedale presentò, come fenomeno culminante, gli accessi convulsivi, accompagnati da perdita della coscienza; gli intervalli di calma si fecero sempre più brevi. Nella notte dal 6 al 7 novembre furono contati eirca 40 attacchi convulsivi.

Questi si presentarono coi seguenti caratteri: cominciavano delle scosse cloniche a lenta e breve escursione al braccio di sinistra : quasi contemporaneamente la donna volgeva la testa e gli occhi dallo stesso lato; la bocca era stirata pure da quella parte: la faccia diveniva cianovano quindi scosse al tronco, e poi all'arto inferiore di sinistra. Molto raramente era interessato l'arto superiore di destra. Il polso da frequentissimo che era (180-190 P) negli intervalli diveniva assai più raro (90 100) durante gli accessi; così pure il respiro che da 50-54 rallentava a 30 \$2. L'attacco durava da 3 a 6 minuti: appena terminato, il polso tornava a farsi frequentissimo, sopraggiungeva dispnea notevole e sudore profuso. Durante l'accesso, esisteva insensib lità completa e generale: negli intervalli, anestesia totale a sinistra: iperestesia a destra.

Questo stato di subentranti convulsioni duro fino alle 11 circa del giorno 7: poi gli accessi divennero più rari: verso le ore tredici scomparirono del tutto: la malata era incosciente, in uno stato di completa risoluzione: il polso sempre frequentissimo, ed il respiro grave: questo divenne stertoroso, ed alle ore 16 la paziente mori.

La temperatura dal momento d'ingresso allo espedale sino alla morte, oscillò intorno ai 39°,5 con un massimo di 40°,4, alle ore 6 del giorno sette.

L'esame delle urine praticato la mattina del 7 novembre, dette i seguenti risultati:

Quantità: non fu possibile determinarla.

Peso specifico: 1012. Reazione acida.

Cloruri scarsi. Zucchero assente. Urea 10º[00. Albumina 15º[00. Nel sedimento scarsi silindri granulosi. (continus)

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società Lancisiana degli Ospedali di Roma. - Impulsi collesionistici.- Risultati di rinoplastica all'indiana.- Nuovo
processo per l'asportazione totale dei genitali esterni
maschili per la cura dei carcinomi inoperabili del pene.Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni
complete dello scheletro osteo-cartilagineo del naso.R. Accademia medica di Roma. - Influenza dell'alimentazione e del lavoro sulla tossicità delle urine. - Sulla
demenza paralitica infantile. - Un caso straordinario di
isrite dell'addome. - Società di medicina di Parigi.-Sulla
azione dissociata della digitale nell'asistolia. - Sulla
frequenza della morte per tubercolosi polmonare negli
amputati. - Ectopia cardiaca. - Società di chirurgia di
Parigi. - Sulla patogenesi dell'appendicite.

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA

Tornata del 19 decembre 1896
Presidente MARCHIAFAVA
(Nostro resoconto particolare)

impulsi cellazionistici. S. De Sanotis parla su un caso d'impulsi collezionistici in una vecchia alcoolica.

La denominazione d'impulsi collezionistici è asporta, lasciandone un triangoletto della grananova; ma il fatto trova delle analogie in altri dezza della prima incisione a A (con la cui base

tics intellettivo-motori degli psicastenici, per quanto riguarda il suo meccanismo psicologico. L'oratore giustifica il nome d'impulsi collezionistici ricordando il concetto del collezionismo e i relativi importanti studi dei professori Giovanni e Pio Mingazzini. Spiega come l'impulso a raccogliere differisca dal volgare collezionismo; ma, siccome in ambo i casi si ha per effetto la raccolta, fatta con cura e custodita con gelosia, così crede che il suo caso possa arricchire di una varietà la classificazione delle varie forme collezionistiche. Crede altresi che l'importanza del caso consista pure nel fatto che la malata è guarita dopo abbandonato l'abuso del vino.

Scismanna conviene sull'importanza del caso, ma lo ritiene come una speciale varietà dei comuni sics, e quindi crede che non possa classifi-

carsi tra le forme del collezionismo.

De Sanctis risponde che nel suo caso gli estremi del collezionismo (smania di raccogliere e inutilità logica della raccolta) ci sono. E vero che la malata sapeva il movente che la spingeva a raccogliere gli oggetti più sudici e più insignificanti, ma ciò, secondo lui non esclude il concetto di collezionismo.

Risultati di rinepiastica all' Indiana. Piergili presenta disci casi di rinepiastica operata dal professore Postempski. Di tutti disci presenta le fotografie; due poi vengono in persona.

Il dott. Piergili favedere anche una donna con epitelioma del corpo mucoso di Malpighi il quale ha preso tutta la pinna nasale destra. Previdendo che si dovrà fare un'ampia asportazione, fin da questo momento stabilisce che prediligerà il processo indiano con il oriatura alla Blasius.

Annovera ed accenna ai vantaggi ed agli inconvenienti dei processi di Celso, di Nélaton, di Ollier, di Caselli, etc., e conciude col dire che nei casi di totale distrusione del nasc, la protesi alla Kingsley riesce meglio della rinoplastics, e nei casi in cui esiste ancora lo scheltre, il metodo indiano con la modificazione di Blasius è uno dei migliori.

Le fotografie portate ed i due individui che presenta sono risultati così felici che gli permettono d'insistere su questa opinione.

Nueve processe per l'aspertazione totale del genitali esterni maschili per la cura dei carcinemi ineperabili del pene. Pariavecchio. — Per i casi in cui la neoplasia ha invaso la radice dell'asta e dello scroto, propone il seguente metodo, che garantisce in maniera assoluta la integrità della funzione dell' uretra, scongiura ogni pericolo d' infiltrazione d'urina e permette d'amputare molto profondamente con una tecnica facile e breve.

Pratica una incisione a A con apice al pube e le cui branche comprendono la radice dell'asta e dello scroto.

Isola i cordoni spermatici, li lega e li porta via insieme coi testicoli. Stira lo scroto vuoto e lo asporta, lasciandone un triangoletto della grandezza della prima incisione a A (con la cui base

coincide la sua) in modo che possa coprire a coperchio di tabacchiera la perdita di sostanza la-

sciata dalla detta incisione a A.

Incide quindi il ligamento sospensorio del pene ed isola quest'ultimo sino al bulbo. Dopo intro. dotto un catetere di gomma in vescica, procede alla emostasi preventiva, circondando con un'ansa di seta prima il corpo cavernoso di destra e poi quello di sinistra e quindi annodando separatamente le due anse. Questi fili son fatti passare mediante ago introdotto nel setto intercavernoso e fatto passare in basso tra il corpo cavernoso del pene e quello dell' uretra.

Amputa quindi i corpi cavernosi immediatamente innanzi i lacci, lasciando un centimetro più lungo il moncone dell'uretra che spacca ver-

ticalmente.

Dopo ciò fa un' asola verticale nella base del lembetto scrotale, applica questo sulla perdita di sostanza a A e ve lo sutura, e sutura i margini dell'uretra a quelli dell'asola del detto lembo.

Catetere a permanenza assicurato al nuovo orifizio uretrale con un punto.

L'oratore, in un primo caso non molto grave, amputò l'asta alla radice, previa separazione delle due borse dello scroto ed emostasi preventiva con la allacciatura su descritta dei corpi ca-

Ebbe guarigione completa in 20 giorni.

In un secondo caso più grave, con infiltrazione della neoplasia alla radice dello scroto, applicò per intero il metodo plastico sud letto, amputando . il pene nella parte bulbosa ed ebbe guarigione completa in 28 giorni.

Col detto metodo si ottiene anche emostasi preventiva perfetta e non si retrae il moncone.

Il risultato funzionale per l'aretra è perfetto, solo che gli infermi debbono urinare nella posiziene delle donne.

Il perineo dell' altimo operato, dopo la guarigione, somigliava alla vulva d'una giovanetta.

Nuovo processo di rinoplastica totale nelle distruzioni complete dello scheletro osteo-cartilagineo del naso. Parlayeochio mostrate le d ffi coltà di questi casi ed i risultati infelici ottenuti con tutc'i m:todi, espone il suo processo.

Con una incisione esterna ed una inferiore, scolpisce a ciascun lato del naso un lembo triangolare con base a livello dell' apertura nasale ed apice alla radice del naso. Solleva questi due lembi, li gira sul loro lato interno fisso e li sutura nella linea mediana in medo che la loro faccia cutanea stia nella cavità nasale. Su questa prima fodera abbassa un lembo cutaneo-periosteo dalla fronte, col metodo indiano e con la linguetta per tarne il iobulo, e lo suturs.

Questo processo si propone di evitare il più possibile le cicatrici stiranti e di ricomporre un naso fornito, come il fisiologico, di strato cutaneo, strato osseo e strato mucoso.

Il processo, secondo l'oratore, ha i seguenti pregi: 1º Assicura la nutrizione dei lembi; 2º Da un un naso rivestito dentro da pelle, che assume presto i caratteri di mucosa; 8º Per ciò tollera ne umane, in vari momenti sperimentali.

bene un sostegno protesico; 4º E molto spesso e resistente perché formato da due fodere; 5º Evita formazioni cicatriziali stiranti; 6º Lascia sperare che il periostio proliferi; 7º Il nuovo naso ha i margini liberi regolari.

Presenta un' operata con questo metodo, Ida Dragoni, d'anni 14, la quale ebbe dal lupus distrutto affatto il naso. È perfettamente guarita ed il nuovo naso è alto, sporgente, massicolo, di consistenza cartilaginea; l'oratore dice che da due giorni porta un sostegno d'alluminio e lo tollera bene.

Bastianelli crede il metodo uguale a quello di Thiersche crede utile lasciare scaglie ossee

aderenti al periostio.

Soafi crede il processo simile anche a quelli di Trombetta e di Ollier. Per quanto riguarda il caso speciale, ricorda che egli prima dell'oratore ebbe in cura l'inferma, sulla quale trascurò di fare alcuna plastica perché il processo tubercolare gli parve troppo esteso ed anche adesso non è spento; crede che il risultato buono che per cra si ha dalla plastica dell' oratore, sia da mettersi tutto in relazione piuttosto con l'apparecchio di metallo che la operata porta.

Barba-Il processo Trombetta è molto di-

Piergili crede pure lui il processo simile a quello di Thiersch; stima pericoloso l'intervento, che può risvegliare il lupus scrite; avrebbe nel caso preferito un naso di gomma, e crede che questo

naso si atrofizzi come gli altri.

Parlayecohio dice che l'idea di fare un naso a due fodere è vecchia e comune à molti metodi, ma che il suo processo è diversissimo da quelli di Trombetta e di Ollier e differisce da quello di Thiersch, ch'è di plastica parsiale, perchè è di plastica totale, per la forma dei lembi delle guance, perchè ha in più il periostio frontale, perchè non tenta ricostruire il setto. Crede utili anche lui lasciare al periostio delle scagliette di

La guarigione dell' informa dopo l' operazione mostra infondati i timori di Piergili, come pure crede infondate le sue previsioni parché il naso nuovo è robasto, ben nutrito, non ha mostrato tendenza all'atrofia e si lascia ben sostenere, ciò che garantisce dalle retrazioni.

C. Micheli

B. ACCADEMIA MEDICA DI BOMA

Tornata del 27 decembre 1896.

Presidente Guipo BACCELLI (Nostro resoconto particolare)

Influenza deil'alimentazione e del lavoro sulla tossicità delle urine. P. Casciani in una serie di ricerche sperimentali, ha studiato l'influenza della alimentazione, della dieta, del lavoro moderato e di quello esagerato sulla tossicità dell'urina umana, giungendo a risultați d'interesse igienico e clinico.

Le esperienze farono fatte sui conigli con uri-

Prima fu esaminata la tossicità dell' urina in individui sani in condizione di riposo e ad alimentasione ordinaria. Fu mutata quindi l'alimentazione rimanendo costunte le altre condizioni ed infine ad alimentazione costante fu studiata l'influenza del lavoro.

I risultati sperimentali conducono l'oratore alle

conclusioni teguenti: 1.º) La tessicità urinaria subisce notevoli cam-

biamenti sotto l'influenza dell'alimentazione e del lavero: 2.°) L'alimentazione vegetale diminuisce la tos-

micità dell'urine;

8.0) Le urine d'individui a dieta Vegetale esclusiva ed a lavoro leggero sono ipotossiche;

4.º Le urine d'individui in riposo, a dieta ordinaria, sono più tossiche delle urine di individui a dieta vegetale esclusiva;

5.0) L'alimentazione carnea aumenta la tossicità urinaria, la quale è tanto più forte, quanto più a parità delle altre condisioni aumenta la quantità della carne ingerita;

6.•) Il lavoro influisce sulla tossicità urinaria più dell'alimentazione, meno il lavoro moderato, più

l' esagerato;

7.º) L'alimentazione carnea eccessiva, come il lavoro eccessivo, riducono le urine ipertossiche e danno luogo nei soggetti da esperimento a fenomeni di auto-intossicasione.

Sulla demenza paralitica infantile. G. Mingezzini presenta un caso di demensa paralitica infanto-

juvenile seguito da morte.

Essendo esso il primo caso ehe si pubblica in Italia, l'oratore ne da un dettagliato ragguaglio ed al tempo stesso presenta il pesso anatomico relativo. Il cervello del peso di 960 gr. era colpito da leptomeningite cronica, atrofia dei giri e da idrocefalo interno.

L' oratore parla della maggiore frequenza delle forme dementi e specialmente delle forme precoci della demenza paralitica e crede che questo fatto sia dovuto alla lue, all'alcool ed all'abuso precoce dei piaceri sessuali.

Un caso straordinario di ferito dell' addome. Ramoni. - Il professore Scalzi rif-risce a nome dell'autore il caso clinico interessante. Si trattava di un individuo che avea riportato una ferita da punta e teglio, nella regione crurale sinistra in corrispondensa della base del triangolo di Scarpa.

I sintomi più gravi che l'infermo presentava al suo ingresso nell'ospedale erano: anemia grave, abbattimento corrispondente e segni obiettivi di

lieve versamento cavitario.

La terapia consistè in una discreta dilatazione della ferita d'ingresso, si che fu meglio dimostrata la penetrasione dell'istrumento feritore nal cavo addominale, per mezzo di un tramite che decorrende parallelamente ed all'interno della vena, rimasta illesa, attraversava l'anello crurale

parotomico immediato con incisione laterale, se- diaco, è indipendente dall'azione cardiotonica, la

condo il margine esterno del retto addominale sinistro, la quale giungendo sull'arcata inguinocrurale apri naturalmente il canale inguinale. In questo modo fu dato di trovare l'arteria epigastrica ferita e fu possibile allacciarne i due capi. Il foro di penetrazione dell'istramento nel ventre stava fra la fossetta inguinale esterna e media ed a traverso questo il sangue proveniente dalla lesione arteriosa si era raccolto nel piccolo bacino.

Con la rimosione dei coaguli risultanti dalla emorragia, si mise in evidenza nel fondo del cavo una ferita estesa trasversalmente per circa 1 cm., situata nella parete anteriore del primo tratto del sigma colico. Da questa ferita con mucosa estrofiessa non si aveva che fuoriuscita di gas fetido e sangue.

Tale ferita venne prontamente chiusa con sutura Lembert-Oserny; indi farono completamente rimossi tutti i coaguli, fu fatta la toilette peritoneale, e fu chiuso il ventre, ricostituendo il canale inguinale alla maniera di Bassini.

Si è avuto guarigione per primam si che al 200 giorno il ferito, completamente ristabilito, potè la-

sciare l'ospedale.

L'oratore fa importanti considerazioni sul caso clinico, specialmente per quanto riguarda la difficoltà diagnostica, di penetrasione addominale di una tale ferita, così eccentricamente situata.

Parlò pure sulla necessità degli sbrigliamenti delle ferite per le quali vi sia dubbio anche minimo di loro penetrazione endo-peritoneale e finalmente sull'attività dell'intervento laparotomico immediato in ogni ferita riconosciuta penetrante, anche quando vi sia difetto dei sintomi razionali e più comuni.

C. Micheli

SOCIETÀ DI MEDICINA DI PARIGI

Tornata dell' 11 decembre 1896.

Suil'azione dissociata della digitale neil'asistelia. Merklen.-L'azione della digitale nell'asistolia si spinga col rallentamento e la regolarizzazione del polso, con una diuresi più o meno abbondante e con la diminuzione del volume del cuore e l'aumento della sua energia.

Però questo triplice risultato non si ha che nei casi più favorevoli; spesso, invece, la digitale ha un'azione incompleta e dissociata. Merklen cita l'osservazione di due ammaiati: in uno, asistolico per compressione dello pneumogastrico nel mediastino a causa di gangli tubercolari, si ebbe, con la digitale, diuresi senza rallentamento del polso; nell'altro, con nefrite interstiziale e dilatazione cardiaca, per miocardite cronica ed edemi diffusi, si ebbe rallentamento del polso senza diuresi.

Il 1º caso, secondo Merklen, può essere di utilità diagnostica, perchè mostra che l'azione e giungeva nell'addome perforando il setto crurale. | cardio-moderatrice della digitale sulio pneumoga-Tale diagnosi impose all'autore l'intervento la strico e sull'apparecchio moderatore intracarquale basta a spiegare la diuresi, insieme all'azione vaso-costrittrice della digitale stessa.

Il 2º modo di dissociazione, cioè rallentamento del polso senza diuresi, con aumento della dilatazione cardiaca, si osserva nei casi in cui il cuore e i vasi sono troppo profondamente alterati per potere subire l'influenza tonica della digitale.

Sulla frequenza della merte per tubercolesi polmenare negli amputati. Marie in base a due casi di tubercolosi polmonare in amputati della coscia, e ad altre osservazioni precedenti, crede che la amputazione della coscia costituisca, una causa predisponente ail' infezione tubercolare.

Ferret in un caso di adenopatie sarcomatose sopra-clavicolari e mediastiniche, con gravi disturbi della circolazione venosa, ha impiegato cen successo iniezioni di naftolo canforato.

Ectopia cardiaca. Fernet mostra un caso di ectopia cardiaca a destra, senza trasposizione di
altri visceri. L'appiattimento del torace a destra, il suo sviluppo normale a sinistra, fanno
supporre all'oratore che il soggetto, dell' età di
18 anni, avrà avuto nella sua infanzia qualche
affesione pleuro-bronco-polmonare con formazione
di aderenze, le quali hanno potuto attirare il
cuore a destra. L'organo, inoltre, ha potuto esser respinto dal polmone sinistro ipertrofico, a
causa della sua funzione vica-lante.

Mirto

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI

Tornata del 6 decembre 1896.

Presidente Prof. Monon

Sulia pategenesi dell'appendiolte. Bazy crede che il cieco può produrre delle lesicni nel peritoneo come l'appendice, e che quindi la « teoria delle cavità chiuse » non ha ragione di esistere. Quando si opera un ascesso della fossa iliaca e si trova l'appendice lesa, allora questa rappresenta la causa dell'alterazione; ma se non si trova l'appendice, e il cieco è grosso, infiammato, bisogna ammettere che il cieco è la causa dell'ascesso.

E difatti può esistere una tiflite da bacterium coli, come esiste una tiflite da bacillo di E b e rt h o di K o c h. I microbi ospiti abituali dell'intestino, possono moltiplicarsi e alterare la mucosa intestinale, senza aver bisogno di svilupparsi in una cavità chiusa.

Tuffier crede che qualunque sia il punto di partenza dell' infiammazione, questa attacca per prima la mucosa e indi la parete del canale; fina mente la mucosa tumefatta chiude il canale, e si ha così una cavità chiusa. B'sogna, dunque, descrivere l'appendicite con canale libero e l'appendicite eon cavità chiusa. La gangrena dall'appendice è assolutamente speciale di essa e si osserva tutte le volte in cui esiste un corpo estraneo, un calcolo, nell'appendice.

Quenu distingue nella patogeni dell'appendicite, due questioni differenti: nel primo attacco di appendicite si tratta di enterite non sempre limitata alla sola appendice; negli attacchi secondari, si tratta ora di vere appendiciti a ripetizione, ora di infiammazioni dell'epiploon, ora di una piaga gangrenosa che ha rimpiazzato l'appendice e che è l'origine degli attacchi dolorosi.

Réclus non crede alla «teoria delle cavità chiuse». Vi sono dei casi di appendicite senza cavità chiusa, anzi alle volte la comunicazione tra l'appendice ed il cieco è slargata. Egli professa la teoria del ristagno; quando i liquidi organici ristagnano nell'economia, si infettano facilmente: ora l'appendice è un diverticolo in cui i liquidi ristagnano facilmente. Si possono dividere le appendiciti in 8 categorie:

1.º Le appendiciti da causa locale: qui sono specialmente i corpi estranei che irritane la mucosa e fanno ristagnare il muco o eccitano la proliferazione dei microrganismi;

2. Le infiammazioni di vicinanza si comunicano all' appendice: così le enteriti pseudo-membranose, le coliti tifiche, possono produrre l'appendicite;

8. Le appendiciti che sopravvengone in segnito a malattie generali, ed allora quando sopravviene la guarigione, spesso l'appendice si apre spontaneamente e quindi il diverticolo cade in gangrena e guarisce. Per ciò spesso la cavità chiusa è un processo di guarigione. La gangrena dell'appendice può sopravvenire sensa la presensa di corpi estranei.

Sulla produzione artificiale delle aderenze pleurali. Quenu e Longuet considerando i gravi inconvenienti che porta la penetrazione dell'aria nella pleura, hanno istituito una serie di esperienze sui cani, per così facilitare le operazioni sul polmone. Essi hanno tentato di ottenere le aderenze pleurali per mezzo dei caustici, senza risultati soddisfacenti, per mezzo di mezzi meccanici, uncinando il polmone e fissandolo alla parete torarica, con risultati positivi, quando l'operazione non era asettica. Hanno tentato anche la sutua della pienea parietale con la viscerale a traverso la pleura parietale messa a nudo, ma con questo processo non hanno ottenuto l'aderenza quando la pleura era sana. Secondo gli oratori non vi ha che un mezzo per fare accollare il polmone contro la pleura parietale, e consiste nell'aumentare la tensione intrapolmonare, sia con l'intubazione e la respirazione artificiale, sia che la tracheotomia o la consecutiva introduzione nelle vie aeree di aria compressa.

Mirto

LE CLINICHE GERMANICHE

Olinica Medica di Würzburg (Prof. W. Leube)
Sulla diagnosi del rumori cardiaci'
sistolici

Chiunque si è cocupato della diagnosi dei rumori sistolici, avrà spesso avuto occasione di constatare come essa si nonova su un terreno assai dubbio. Io preseindo naturalmente dai rumori sistolici accompagnati dai rumori diastolici, perchè in tal caso la diagnosi è facile, e tratto solamente dei rumori sistolici puri, cioè di quelli che sono appressabili solamente alla punta del cuore od all'arteria polmonare, o in tutti e due i punti durante la sistole.

Dobbismo confessare, che spesso non sappiamo risolvere la questione se siamo in presenza di una insufficienza della mitrale endocarditica mio-astenica, e la decisione è spesso fatta dalla volontà o, mi si permetta il dirlo, per metà dall'esperienza e per l'altra metà dall' istinto diagnostico; si è appunto in queste condisioni, che si stabilisce talora la diagnosi di endocardite e la ricerca anatomica macroscopica e microscopica non fa vedere poi alcana alterasione.

I segni differenziali stabiliti da numerosi autori per distinguere i rumori accidentali da quelli che hanno luogo per alterazioni anatomiche dell'endocardio e della muscolatura delle valvule, non sempre ci aiutano a stabilire una giusta diagnosi.

Le ceservazioni cliniche da me fatte in questi ultimi tempi, mi hanno reso possibile di stabilire norme più salde per la diagnosi, le quali anche in alcuni casi non la fanno posare in modo aesoluto, ma contribuiscono a chiarire questa parte insicura di diagnostica.

Incominciamo coi rumori accidentali od anemici. Per la diagnosi di questi rumori è giusto stabilire le seguenti regole:

1º L'ottusità cardiacs non può oltrepassare i confini normali di percussione e l'urto della punta si trova al posto normale;

2º Il secondo tono polmonare non è rinforsato; 8º Il rumore è soltanto percebile, ed in modo più chiaro appressabile, all'ostio polmonare, cioè nel secondo spazio intercostale sinistro, ed il momento, in cui questi rumori accidentali hanno luogo, è la sistole ventricolare,

A me mai è occorso di udire un rumore diastolico, che possa con sicurezza essere annoverato tra i rumori accidentali, ma poichè esso é stato osservato da persone degne di fede, così io vi consiglio in questi casi di non considerarli a priori quali rumori diastolici. L'intensità e la costanza dei rumori non credo siano segni differensiali sicuri. Infatti quantunque sia vero che i rumori accidentali sono nel maggior numero dei casi dolci e soffianti, tuttavia alle volte essi sono in intensità eguali ai rumori endocarditici.

Lo stesso dicasi della loro incostanza, la quale è in generale un buon segno, ma talora fa difetto. Tra tutte le teorie finora emesse per spiegare l'origine di questi rumori anemici a me sembra

l'origine di questi rumori anemici a me sembra la più plausibile quella che li fa originare nei grossi vasi e specialmente nell'arterie polmonare. Come abbia luogo il rumore nell'arteria polmonare negli individui anemici, è stato spiegato in varia maniera. Per me almeno in una parte dei casi sembra più veritiera la seguente opinione: si sa che la parete dell'arterie polmonare negli stadi anemici o nel decorso di malattie infettive, ha un tono minore; ora, quando il sangue durante la sistole viene spinto nell'arteria polmonare allore especado une di

latasione dell'inizio dell'arteria polmonare isocrona cen la sistole. Le porsioni di liquido più vicine alla parete vanno oltre, pur rimanendo aderente a quest'ultima, e nel centro ha luogo un' aspirazione, la quale causa una vibrasione all' interno della parete, a cui succede una vibrasione allo esterno della medesima e così via via. Con ciò si hanno le condisioni per la formasione del rumore il quale supponendo la capacità di chiusura della valvula mitrale, deve avvenire un momento più tardi del 1º tono, cioè nella 2ª parte della sistole, o meglio nel periodo della espulsione ed è udibile nel 2º spasio intercostale a sinistra.

Inoltre, non si ha una ragione per cui il 2º tone polmonare debba negli anemici essere rinforsato, poiché essendo sufficiente la valvula mitrale, non si ha stasi nel piccolo circolo, non si ha aumento di pressione nell'arteria polmonare, ed infine non si ha maggior lavoro da parte del ventricolo destro.

Le cause dei rumori accidentali od azemici sone le varie forme di anemia, le intessicazioni e specialmente l'asione delle tossine delle diverse malattie infettive sul cuore e sulla parete dei grossi vasi.

Tanto la diagnosi dei rumori accidentali nei limiti in cui essa è stata discussa, quanto quella dei rumori endocarditici, che hanuo origine da alterazione della mitrale, non office alcuna difficoltà.

I sintomi dell'insufficienza mitralica endocarditica poesono essere facilmente constatati.

Infatti, la punta del cuore si percepisce nel 5e spazio intercostale, un po'all'esterno, ed il battito, quando alla formazione della punta del cuore non concorra il ventricolo destro, non è forte nè sollevante. Ciò ha la sua ragione di essere nella mancanza di chiusura della mitrale, per cui una parte del sangue durante il primo tempo della sistole viene spinto nell'orecchietta e così il ventricolo perde già in volume nel momento in cui esse deve dare origine all'urto della punta.

Nell'insuffi ienza mitralica, la percussione addimostra aumento del cuore tanto a destra che a
sinistra, per ingrossamento dei ventricoli, di cui
il sinistro si dilata e si ipertrofissa per la maggior quantità di sangue che riceve nella diastole.
Il rumore sistolico si ode più forte alla punta del
cuore e talora anche nel punto di ascoltazione
della a. polmonare, e l'essere forte lo fa distinguere
in generale dai rumori anomici. È noto anche che
il 2º tono polmonare è rinforsato per aumento
di pressione nel circolo e che la forsa di esso è
proporsionale alla pressione nell'arteria polmonare.

Normalmente, quando incomincia la sistole, viene chiusa la valvula mitralica, l'orecchietta sinistra si rilascia ed il sangue vi affluisce dalle vene polmonari.

Il rilasciamento dell'orecchietta sinistra dura anche durante la diastole dei ventricoli, in guisa che in questo tempo orecchietta e ventricolo sono contemporaneamente rilasciati; è questo il tempo della pausa, che cessa con l'iniziarsi della sistole dell'orecchietta.

ora, quando il sangue durante la sistole viene Nel caso d'insufficienza della mitrale queste conspinto nell'arteria polmonare, allora succede una di disioni mutano, poichè durante la sistole ventricolare il sangue viene spinto non solo nell'aorta ma anche a traverso l'ostio mitralico nell'orecchietta rilasciata, e così si hanno le condizioni per la formazione di una stasi nelle vene polmonari e quindi nel piccolo circolo. Questa stasi sanguigna nelle vene polmonari e l'ostacolo che subisce la corrente venosa, ha per conseguenza una pressione più forte nelle vene polmonari ed un rallentamento della corrente sanguigna nei capillari. Questa pressione elevata si traduce col rinforso del 2º tono polmonare, il cui grado di accentuasione dipende, in parte, dalla lunghezza della pausa, cioè dal rallentamento dei battiti del cuore: in altre parole quanto più lunghe sono le pause e quanto più lenti sono i battiti cardiaci, tanto meno forte sarà l'accentussione del secondo tono polmonare.

Concorre ancora a rinforzare il 2º tono polmonare, l'energia del ventricolo destro, il quale lavora di più in conseguenza dell'aumento di pressione e si ipertrofizza tanto più, quanto più grande è l'ostacolo al deflusso delle vene polmonari nell'orecchietta sinistra. Inoltre il rumore raramente è sistolico puro, ma di regola sembra unito ad un rumore presistolico, poiche ordinariamente si è in presenza di contemporanea stenosi ed insufficienza della valvula.

Il già detto vale per l'insufficienza mitralica endocarditica cronica, non però per l'insufficienza mitralica acuta, in cui i rumori facilmente si possono confondere coi rumori accidentali. Infatti nella insufficienza mitralica acuta manca l'ingrandimento dell'aja cardiaca e si ha soltanto l'accentuazione del 2º tono polmonare, il quale però non è, come abbiamo fatto rilevare, un vero indice dell'insufficienza della mitrale. In questi casi ritengo essere dato un vero segno differenziale dall'etiologia della malattia. Infatti é noto, che l'endocardite è una malattia, che insorge in seguito a malattie infettive; e l'opipione, che i rumori che si odono nel cuore sul decorso di una malattia infettiva siano da addebitarsi alla febbre, cioè che essi siano di natura accidentale, non può, secondo la mia esperienza, essere ritenuta valida, poiché in questi casi si tratta sempre di endocardite o di miocardite seguenti alla infezione o di una combinazione di endocardite con miocardite e raramente è il rumore dovuto soltanto ad intossicazione. In tali casi si ha secondo il grado di azione delle tossine ora una insufficienza relativa, ora dei rumori accidentali. La diagnosi differenziale tra queste conseguenze dell'infezione del cuore è difficile; in generale si può ritenere esistere una endocardite acuta semplice, quando in alcuni casi si constati un leggiero ingrossamento del cuore, un polso relativamente forte e quando, il che è raro, si odano nel corso della malattia nuovi rumori diastolici che si accompagnino al rumore mitralico sistolico primitivo, ed i quali sono ordinariamente dovuti ad alterazioni endocarditiche delle valvule semilunari dell'aorta.

Le insufficienze relative, funzionali, della mitrale, si hanno quando, essendo anatomicamente integra la valvula, questa non si chiude bene per ciò ha influenza sopratutto sui muscoli del tron-

insufficiente funzione dell'apparato muscolare delle valvule, cice per alterazione od insufficiente asione delle fibre muscolari determinate da intessica zione o da anemia. E facile distinguere i casi di insufficienza mitralica relativa dai rumori accidentali mentre la diagnosi differenziale tra insufficienza mitralica endocarditica e funsionale, offre sempre delle difficoltà ed in alcuni casi è impossibile. I sintomi dell'insufficienza relativa sono gli stessi di quelli dell'insufficienza mitralica endocarditica, soltanto sono un po' differenti. Infatti, il rumore sistolico generalmente debole, si percepisce alla punta del cuore e taiora anche sull'arteria polmonare. Tale rumore è debole, e poichè la debolezza muscolare non colpisce soltanto i muscoli delle valvule, ma anche in grado maggiore o minore tutta la muscolatura del cuore, e quindi il sangue con minore celerità attraversa l'ostio mitralico e minore sonorità avrà il rumore. Oltre alla debolezza è da badare alla diversa intensità del rumore ed alla mancaza o no del medesimo. Ciò si ha talora nell'insufficienza relativa della mitrale, perchè la muscolatura in certe circustanze non è così completamente degenerata o debole, che un forte stimolo non possa determinare una forte contrazione della medesima e scompensare l'insufficienza valvulare. Il battito cardiaco ed il polso della radiale sono deboli. L'ingrandimento dell'ottusità cardiaca è sempre considerevole, tanto a destra che a sinistra.

Considerando questi segni della insufficienza relativa della mitrale, è possibile la distinzione dei medesimi dai rumori accidentali e dall'insufficienza mitralica endocarditica, specialmente se si considera anche la etiologia. Così è sempre da pensare nell'anemia ad una insufficienza relativa e ad esempio nel reumatismo acuto ad una endocardite. Nella maggior parte delle malattle infettive é da ritenere l'esistenza di alterazioni endocarditiche e miocarditiche. In alcuni casi d'insufficienza relativa della mitrale, specialmente dovuta a miocardite, non riesce la differenziazione della insufficienza mitralica pura, cicè non accompagnata da stenosi dell'ostio mitralico, e non può riuscire più quando la insufficienza mitralica endocarditica cronica non è più compensata (Deut. Archiv f. klin. med., Bd. 47, Heft, 8 u. 4, 1896).

Scagliosi.

PATOLOGIA CEREBELLARE

Ricerche cliniche suile funzioni del cervellette. L. Bruns ha utilizzato per lo studio clinico delle funzioni del cervelletto, non solo i vari focolai antichi e le sclerosi dell'organo, ma anche i tumori che ne rappresentano la lesione più fre-

Dalle osservazioni dell'autore risulta che il cervelletto è un centro destinato alla coordinazione di quei movimenti muscolari che sono necessari al mantenimento dell'equilibrio. Esso per co, poi su quelli delle gambe, in ultimo su quelli della durata anche del decorso e dell'ordine con delle braccia.

Come conseguenza del disordine del centro dell'equilibrio, si ha l'atassia cerebrale, la quale insieme alla vertigine è il sintoma diretto delle lesioni cerebellari. È dubbio se il nistagmo, il tremore intenzionale e la parola scandita, possano essere effetto soltanto di una lesione del cervel-

E anche possibile che questa, in certe circostanze, dia luogo a paresi della metà del corpo corrispondente al lato in cui si trova la lesione nel cervelletto.

L'atassia cerebellare si manifesta in due forme: una più frequente, il cammino da ebbro, una più rara, simile all' atassia tabica. La prima si presenta quando è lesu l'arco riflesso motorio del cervalletto, l'altra quando è leso l'arco sensitivo. Talvolta si nota una combinazione tra le due forme.

L'atassia si manifesta a preferenza quando è leso il verme, non perchè questo abbia una funzione speciale, ma perchè in esso si incrocia o termina la via cerebellare di un lato e quella dell' altro lato. Però, anche le lesioni degli emisferi alie quali il verme non partecipa, possono causare l'atassia.

In alcuni pochi casi di tumori localizzati nella parte anteriore del ve me, l'atassia ha fatto difetto, la qual cosa può attribuirsi all' accressimento lento del tumore, il quale abbia per ciò cansato non la distrusione, ma il semplice spostamento della sostanza nervosa. Nelle lesioni delle parti posteriori del verme, l'atassia è stata trovata sempre. La ve tigine nelle malattie cerebellari è dovuta forse alla lesione delle continuazioni intracerebella i del nervo vestibolare.

L'atassia e la vertigine retatoria non sono sintomi specifici delle Jesioni del cervelletto. Un astasia simile alla cerebellare può essere data anche, oltreche da un'affezione spinale, da processi morbosi del bulbo, dei corpi quadrigemini e dei lobi frontali del cervello. In alcuni di questi casi essa è simile più all'atassia tabica, in altri all'andatura dei beoni. La vertigine rotatoria si manifesta sopratutto nelle lesioni dei canali semicircolari e del tronco dell'acustico.

In tutte le parti dell'encefalo, la cui lesione dà luogo ad una forma d'atassia analoga alla cerebellare, decorrono o da esse prendono origine vie che sono in rapporto anatomico diretto col cervel'etto. L'origine di queste vie, specie delle sensitive, fa si che gli organi relativi partecipino anch'essi al mantenimento dell'equilibrio, ed è naturale che la lesione di queste vie fuori del cervelletto debbano dare presso a poco gli stessi effetti delle lesioni cerebellari. Però, convergendo tutte queste vie nel cervelletto, una lesione di quest'organo è in grado di produrre prestissimo una grave atassia.

La diagnosi delle lesioni cerebellari viene naturalmente resa molto difficile dal fatto che i loro sintomi cardinali possono essere dati dalla lesione di molte altre parti dell'encefalo. E sarà Recessario tener conto oltrechè dell'intensità e

cui si succodono i sintomi cardinali e non trascurare i sintomi di vicinansa.

La diagnosi in alcuni casi, specie di tumori, può farsi abbastanza con certezza; anzi i sintomi di vicinanza permettono qualche volta di stabilire in qual lato del cervelletto si trovi il

Nondimeno, anche in tali casi, non vale tentare la estirpazione del tumore, perchè è estremamente raro che possa conservarsi in vita l'infermo. Invece gli ascessi del cervelletto debbono essere sempre operati (Wiener klinische Rundschau, n. 52, 1896).

De Grazia

PRATICA DELL' IBIENE

li centagle nelle ferrovie. Baratier. — Salle reti ferroviarie francesi, i vagoni contenenti animali, dopo lo scaricamento debbono essere disinfettati. Però questo avviene nei grandi centri ove un personale numeroso è incaricato di questo

Le compagnie essendo responsabili dell'avaria delle mercanzie e del contagio susseguente, si sottommettono alle leggi, che proteggono l'igiene

La disinfesione obbligatoria si fa, non solamente quando si tratta di animali ammalati, ma anco quando sono di perfetta salute.

Pei viaggiatori però, non solo queste misure non si prendono, ma l'amministrasione a parte di qualche caso speciale, non si preoccupa punto di ciò che può nuocere all'uomo.

E risaputo che per centinaia di vie affiniscono nei grandi centri popolosi e anche nei piccoli, ragazzi, o adulti affetti da roseola, scarlattina, vaiuolo, angina, difterite, erisipela, ecc.

Ora, se in una 3ª classe, sale un maiato o un convalescente, e più spesso in 1ª e in 2ª, l'ambiente verrà guastato dalla presenza di un infermo affetto da malattia contagiosa.

E il pericolo sarà ancora maggiore, se l' infermo, come più spesso capita, occuperà i posti di 1ª e 2ª classe, perché mentre nella 8ª, per la mancanza degli arredamenti si può facilmente rendere salubre l'ambiente con delle opportune disinfezioni, nella 1ª e 2ª le stoffe dei sedili imbottiti di crine, le tendine degli sportelli e tutti gli altri adornamenti, sono tanti nidi pei microbi patogeni, focolai d'infezione e di contagio.

Le più comuni infesioni sono quelle causate dalle così dette malattie febbrili erattive; però, oltre a queste vi sono un gran numero di ma-

lattie contagiose o parasitarie. Cosi le malattie del cuoio capelluto, della pelle, della barba, come il tricofiton tonsurans, l'achorion Schoenleini, ecc., sono malattie che si possono contrarre appoggiando la testa o le mani sulle stoffe dei vagoni.

Ma oltre a queste, che hanno una certa im-

portanza, si può contrarre qualche altra malattia più grave, come la tubercologi. Perchè gli escreati delle persone affette da tale malattia, disseccandosi, possono, insieme ella polvere, essere inalati dai viaggiatori sani, contraendo con questo mezso una malattia di tanta gravezza.

Per riparare a questi inconvenienti, che sono un danno o pericolo permanente della società, la quale ne risente gli effetti sulla salute, l'autore propone che ogni vettura di 1ª di 2ª o di 3ª classe, che trasporta un ammalato contagioso, porti scritto la parola *Insalubre* per evitare che altri viaggiatori sani possano salire in quegli scompartimenti.

Giunto il treno alla stazione di arrivo, disinfettare con tutti i mezzi che la scienza suggerisce le vetture infette, come si fa per quelle che

trasportano gli animali.

Ogni viaggiatore ammalato, dovrebbe avere l'obbligo, quando richiede il biglietto da viaggio, di avvertire l'impiegato che surà addetto a tale servizio, e questi provvederlo della speciale vettura addetta agli infermi (Tribune mèdicale, n. 52, anno 1896).

Vajana

NOTIZIE

Secietà modico-chirurgica di Pavia.

Nella tornata di decembre 1896, nelle elezioni alle cariche sociali, vennero nominati: Camillo Golgi, pre sidente;

Stefanini e Baldi W. presidenti;

Re-in-lli, segretario;

Paderi e Binda, vice-segretarii;

Malaspina, economo-cassiere.

Il dott. Fiorentini comunica intorno ai rapporti fra la tubercolosi bovina e quella umana. Nota la rarità dei casi di tubercolosi nelle persone addette alla cura del bestiame, spiegandola come un'att·nuazione che subirebbe il bacillo di Koch attraversando l'organismo dei bovini.

NECROLOGIO

ln questi ultimi giorni sono morti; Gerlach, professore di anatomia alla Facoltà di medicina di Erlangen.

Carlo Heitsmann, libero docente di anatomia patologica alia facoltà di medicina di Vienna.

Stadfeldt, professore di ostetricia alla facoltà di medicina di Copenhaghen.

G wosdew, professore emerito di medicina legale alla faccità di medicina di Kasan.

CONSULENZA LEGALE

del prof. avv. Pietro Cogliolo

Genova. Via S. Lorenzo 18.

Doit. C. D. in B. Secondo il capitolato Ella, essendo stabile, ha diritto alla pensione, e quindi ha diritto che il Comune faccia il promesso regolamento. Ove il Sindaco tergiversi, ricorra al Prefetto che per l'art 108 della legge comunale può convocare il Consiglio e iscrivere la pratica all'ordine del giorno. Se il prefetto si rifiuta, contro il suo decreto negativo ricorra al Ministero Interni. Sappia poi, che indipendentemente da tutto ciò, Lei ha un'azione ai Tribunali per far dichiarare inadempiente il Comune.

Dott. L. C. in C. Secondo l'art. 15 della legge sanitaria i Comuni che non possono avere un medico proprio, sono obbligati a unirsi in consorsio: la convensione è approvata dal Prefetto, sentito il Consigliere Provinciale Sanitario: nel caso che un Comune si rifiuti, decide la Giunta Provinciale Amministrativa: per l'art. 42 del Regolamento Sanitario contro le delibere della Giunta Provinciale Amministrativa si ricorre al Ministro degli Interni. Purtroppo il medico non ha maggiori diritti ad opporsi che quelli che ha un qualunque interessato contro un atto amministrativo: Sotto il consorsio la stabilità che Ella aveva o stava per avere nel Comune di C, è perduta. Contro il Comune di B, ha diritto a un anno di stipendio.

Dott. C. in C. La vera stabilità non si acquista che nella ondotta ai poveri: ciò malgrade, il Comune non può ridurre la condotta se non per gravi ragioni, fra le quali precipua è l'eccedenza della sovrimposta. Ella non può mai rinunciare alla condotta intiera per ritenere quella ai poveri, perchè violerebbe il contratto. Quanto all'aver la lista dei poveri, ricordi che per lo art. 47 del reg. san., tale lista è fatta dalla Giunta Comunale, e dove questa si rifiuti, c'è l' autorità tutoria della Giunta Provinciale Amministrativa.

Dott. C. N. in S. Per pegnorare contro un Comune bisogna limitarsi alle sole rendite patrimoniali, giacchè le entrate di tasse ecc., sono destinate a pubbliche funzioni.

Dott. L. P. in CC. It fatto puro e semplice di aver il Comune pagato sempre la tassa di r. m., non costituisce per se stessa un diritto. Contro la delibera della Giunta Provinciale Amministrativa, ricorra al Ministero Interni (carta da 1,20) esponendo tutte le ragioni di equità e di consuetudine. Meglio se il sindaco o il cons. com., l'appoggiano.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Schmarc. — L. Riviste sintetiche.La tubercolosi degli animali in rapporto a quella dell'uomo. — 2. Lavori originali. R. Arcispedale di S. Maria la Nuova in Firenze, le reparto medico (prof. G. Banti). — Tumore del lobo frontale; nefrite acuta; epilessia jackeoniana, per i dottori V. Ducceschi e V. Martini. — 8. Pratica ematologica.—4. Neuropatologia.—5. Ricordi medici.—6. La scoperta di Boentgen.—7. Pratica chirurgica. — 8. Spoglio dei periodici. — 9. Formulario.

RIVISTE SINTETICHE

La tubercolosi degli animali in rapporto a quella dell' uomo.

Negli animali, come nell'uomo, la tubercolosi costituisce la malattia più frequente.

Non si sa mai abbastansa, dice il Nocard, quale potenza di espansione abbia in essi questa malatti.

In Sassonia, ad esempio, le statistiche ufficiali dei macelli,mostrano che il numero degli animali riconosciuti tubercolosi nel 1898, era del 18,26 per 100.

Nel macello di Copenhagen, nel 1891, esso arrivava al 16,60 per 100.

Fra tutti gli animali da macello, i bovini sono colpiti più facilmente da questa malattia, e fra essi le vacche.

In una statistica di Siedamgrotsky, professore alla Scuola veterinaria di Dresda, fra 4560 animali riconosciuti tubercolotici, 2581 erano appunto vacche.

La tubercolosi nel porco è meno frequente; nel montone e nella capra piuttosto rara.

Il cane, per lungo tempo, fu considerato refrattario; però, numerose esservasioni di Bang, Cadiot, Nocard, ecc., hanno mostrato che può contrarre questa malattia, quando coabita con individui tubercolotici.

La scimmia è molto predisposta alla forma polmonale di tubercolosi; il coniglio e la cavia di raro la pigliano spontaneamente; gli uccelli, in ispecie quelli che vivono nei cortili e nelle case, si ammalano di tubercolosi con grande facilità.

Molto si è discusso, in questi ultimi tempi, se le affezioni tubercolari degli animali siano identiche a quella dell'uomo.

Gli antichi veterinari designavano sotto il nome di tisi polmonale o di tisi calcarea, una malattia delle vie respiratorie dei bovini, accompagnata da consunsione.

Essa incomincia con la formasione di granuli

grigi, trasparenti, la cui materia cantrale può subire delle trasformazioni analoghe a quelle dei tubercoli miliari dell' uomo; questi granuli ben tosto però s'infiltrano di sali calcarei.

Virchow, basandosi su certi caratteri, specialmente sulla calcificazione dei noduli e sulla localizzazione delle lesioni, volle farne una malattia distinta dalla tubercolosi umana.

Villenin nel 1868, per il primo, mostrò la identità fra queste due affesioni: avendo inoculato a conigli ed a cavie delle sostanse morbigene, provenienti dalle due affesioni, determinò in tutti gli animali la identica tubercolosi generalizzata.

Chauveau (1868) ripetè queste esperienze sulla vacca ed ottenne gli stessi risultati.

Infine, Koch (1882) dimostrò la identità delle due affesioni in un modo assoluto, con la scoperta di un bacillo unico, comune alle due ma-l'attie.

Nei bovini, la vera causa dell'infezione è, com e nell'uomo, il contagio; su questo punto quasi tutti i veterinari sono di accordo.

Il principale veicolo del contagio è la secresione filante o muco-purulenta, che cola dal naso degli animali e che viene lanciata con le scosse prodotte dalla tosse.

Quantunque questa secresione sia meno abbondante dell'espettorazione dell'uomo, e le vacche abbiano l'abitudine di leccarne la maggior parte, tuttavia è una grave sorgente di infezione, specialmente nelle mangiatoie, nelle rastellerie, ecc.

Nel porco, la tubercologi ha sede più specialmente nelle vie digerenti (nove volte su dieci).

Le lesioni sono costituite da granulazioni miliari, gialle, cascificate, disseminate, in gran numero, nello spessore del parenchima degli organi, od anche da nodosità arrotondate di colore bianco-giallastro, della grossezza di un nocciuolo, di consistenza dura.

Alcune volte possono essere rammollite od infiltrate di sali calcarei.

Nella scimmia, il polmone si presenta infiltrato da granulazioni miliari, grige o gialle, come nell' uomo; ma molto frequentemente vi si trovano focolai d'infiltrazione più voluminosi, biancastri, puriformi, analoghi a quelli che si hanno nelle pneumoniti lobulari in via di suppurazione.

Raramente si osservano veri focolai caseosi o caverne.

Le lesioni tubercolari, d'ordinario, sono anche estese in altri organi.

In quanto ai carnivori, Villemin, per il pri-

mo, dimostrò che il cene può contrarre la tubercolosi per inoculazione sottocutanes.

Kosh, per mezzo della inoculazione intraperitoneale, constatò che, quasi fatalmente, l'animale soccombe ad una tubercolosi generalizzata.

Viseur e Nocard mostrarono che i gatti possono contrarre la malattia per le vie digerenti.

Le lesioni tubercolari nei carnivori sono eminentemente varie.

Nel cane, hanno sede di preferenza nel polmone ove si mostrano sotto forma di focolai più o meno estesi di bronco-pneumonite caseosa, in cui sono disseminate piocole caverne, provvenienti dalla dilatazione dei broncheoli o dalla ulcerazione progressiva del tessuto caseificato.

Nel gatto, al contrario, il tubo digerente ed i suoi annessi sono colpiti con maggior frequenza.

Lo stesso avviene negli uccelli (gallinacei).

In questi animali, però, i bacilli tubercolari si differiscono per alcuni caratteri da quelli dei mammiferi.

Essi si trovano in numero considerevole, riuniti per gruppi, si da ricordare la disposizione dei bacilli della lepra.

Sono aggruppati in tale quantità, che ad un un debole ingrandimento od anche ad occhio nu-do, si scorgono nelle preparazioni colorate, col metodo di Ziehl, sotto forma di macchie rosee.

Socondo Nocard, i bacilli sono generalmente più lunghi di quelli che si riscontrano negli altri snimali; Lera y (Gasette de Hôpitaux, n. 146, 1896) l'ha trovati costantemente più corti.

L'aspetto, inoltre, delle culture dei bacilli degli uccelli, è più lucido e più brillante di quello dei bacilli dell'uomo e degli altri mammiferi; la loro coesione è più grande.

I bacilli tubercolari degli uccelli, resistono ad una temperatura più elevata, potendo svilupparsi fino a 45°, mentre gli altri bacilli tubercolari sono arrestati nel loro sviluppo alla temperatura di 40°.

Gli effetti dell'inoculazione negli animali, sono pure molto differenti; il bacillo dei gallinacei determina nel pollo una tubercolosi generalizzata, mentre in certi animali, come nel cane, non produce alcun effetto; nella cavia determina un ascesso nel punto di inoculazione e la morte dell'animale, senza che la lesione si generalizzi; nel coniglio, infine, provoca una setticemia rapidamente mortale.

L' inoculazione dei bacilli dei mammiferi non

produce alcun effetto importante nel pollo, se si eccettui una leggera lesione nel punto in cui essi furono iniettati.

Quantunque fra i due microrganismi esistano queste differense, purnondimeno vi sono alcuni fatti, i quali mestrano la loro identità.

Così Johne vide svilupparsi la tubercolosi in un pollaio, in cui una giovinetta tisica dava a mangiare ai polli del pane da lei masticate. Fatti analoghi hanno osservato Nocard ed altri.

Straus e Wurtz, frattanto, dando a mangiare, per circa un anno, a dei polli, pane insuppato con gli sputi pieni di bacilli tubercolari umani, non ottennero in essi alcuna infesione.

Cadiot, Gilbert e Roger, Ceurmonte Dor, Nocard, sono riusciti, qualche volta, a tubercolizzare anche i polli.

Il prof. Straus, recentemente ha pubblicato un' osservazione, nella quale egli ha studiato le lesioni tubercolari nel pappagallo, differenti da quelle degli altri uccelli e le attribuisse al bacillo della tubercolosi umana.

Questo fatto mostra che in alcuni uccelli può svilupparsi la tubercolosi dell'uomo, senza che questa, per tale passaggio, subisca notevoli modificazioni.

Ma che ciò avvenga in tutti i casi, non può dirsi ancora del tutto assodato.

Dopo aver parlato della tubercolosi negli animali, vediamo in qual modo essa si possa trasmettere all' uomo e da questo negli animali.

Quantunque il contagio sembri la vera causa della tubercolosi nei bovini e nell' uomo e quantunque l'identità della malattia nelle due specie sia assolutamente stabilita, pur nondimeno i casi autentici di trasmissione della tubercolosi dall' una all'altra specie (al di fuori di quelli sperimentali) sono rari.

Cozette, veterinario di Noyon, riferisce che in una stalla, in cui per parecchio tempo aveva dormito un vaccaro tisico, la maggior parte delle vacche si ammalarono di tubercolosi.

Bigoteau (d'Aimeau) riporta pure delle importanti osservazioni: 31 dei suoi clienti avevano le stalle infette da molti anni; nelle famiglie di 19 fra essi, si svilupparono uno o più casi di tubercolosi.

Bang, osservò ancor lo sviluppo di un'epidemia di tisi, in una stalla, ove risiedevano 80 porci, dopo che fu posto a guardiano di essa un giovane affetto da questa malattia.

È da notare anche sul riguardo, un'osservazione del Molin, il quale vide svilupparsi la tubercolosi in alcuni cani, i quali leccavano gli sputi della loro padrona tisica.

Un certo numero d'osservazioni cliniche, inoltre, sembra dimostrare che l'uso alimentare del latte crudo, di provenienza tubercolosa, possa determinare l'infesione mell'uomo.

Sul proposito, Strauss, Demme, Nocard, ed altri, riferiscone parecchi casi.

A questi fatti si possono aggiungere le osservasioni autentiche di inoculazioni accidentali.

Ts che rning, da Copenaghen, ha curato un veterinario, che si era ferito un dito facendo la autopsia di una vacca tubercolosa. Tre settimane dopo l'accidente, le parti vicine alla piccola lesione, che già era del tutto guarita, cominciarono a tumefarsi e ben presto suppurarono.

Tscherning intervenne chirurgicamente ed estirpò tutta la parte tumefatte, in cui il microscopio dimostrò tubercoli e bacilli.

Un caso analogo tocco a Moses, veterinario di Weimar, il quale, per essersi ferito in una mano, mentre praticava l'autopsia di una vacca tubercolosa, fu affetto da tubescolosi cutanea che poi si diffuse anche ai polmoni.

La tubercolosi, oltre che per i messi sopraccennati, si può trasmettere dagli animali sll'uomo coll' ingestione di carni infette.

L'infesione delle vie intestinali, per messo deil'ingestione di sputi tubercolari, è un fatto già ammesso da tutti e prevato da un gran numero di fatti sia sperimentali che naturali; molto si è discusso, però, per sapere se l'ingestione delle carni di animali, affetti da tubercolosi, possa trasmettere all'uomo questa malattia.

No car d, sul riguardo, fece le seguenti esperiense; tolti dei frammenti di muscoli da 21 vacche affette da tubercolosi generalizzata, ne estrasse il succo e ne iniettò un co. nel peritoneo di cavie; uno solo, su 84 animeli inoculati, contrasse la tubercolosi.

Nutri inoltre dei giovani gatti, con dalla carne di bovini affetti pure da tubercolosi generalizzata, ed osservò che nessuno degli animali divenne tubercoloso.

Galtur ripetè su larga scala quest' ultima esperienza ed ottenne sempre risultati negativi.

Perroneito ha pubblicato sul proposito anche delle ricerche importanti: nutri per tre, quattro e cinque mesi, 18 porcellini con delle carai provenienti da bovini tubercolotici, uccisi al macello di Torino, ed all'autopsia, non riscontrò infetto nessuno di quegli animali.

Identico risultato ottenne, ripetendo queste esperienze nelle cavie ed in due bovini.

Steinheil, però, inoculando nel peritoneo di cavie del succo estratto da muscoli di cadaveri umani, morti di tisi avanzata, ottenne spesso dei risultati positivi.

Straus, sperimentando nelle stesse condizioni, rese sette cavie tubercolose su 11, che furono sottoposte all'esperienza.

Anche risultati positivi ottenne Kastner, iniettando nel peritoneo il succo di carne, proveniente da bovini, in cui le lesioni tubercolari erano estese e generalizzate a quasi tutti gli organi splancinici.

Nei casi, adunque, in cui la tubercolosi è generaliszata, si può ammettere che possa aver luogo il contagio della malattia, con l'ingestione delle carni infette.

Per riconoscere se un animale sia affetto da tubercolosi, quando i sintomi generali non sono evidenti, oggigiorno i veterinari si servono di un messo semplicissimo, dell'iniesione, cioè, della tubercolina.

L'impiego rasionale di questa sostanza, svela, fin dall' inisio della malattia, gli animali tubercolosi, e permette quindi di isolarli, prima che essi trasmettano agli altri la loro infesione.

Greco

LAVORI ORIGINALI

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA IN FIRENZE (Secondo reparto medico) prof. G. BANTI.—TUMORE DEL LOBO FRONTALE; NEFRITE ACUTA; E-PILESSIA JACKSONIANA, per i dottori V. Ducceschi e V. Martini.

(Cont. -- Vedi n. prec.).

In presenza di una sintomatologia così imponente, e così acutamente insorta in un soggetto che fino allora non aveva mai presentato disturbi a carico del sistema nervoso, nè di alcun altro apparato, ed alla quale nulla sembrava aver dato causa immediata, fu ventilata, tra le altre, anche l'ipotesi di una localizzazione infettiva nei centri nervosi, e nella speranza di potere avere qualche dato in proposito, alle ore 10 del giorno 7, fu da uno di noi praticato l'esame batteriologico del sangue. Questo fu tolto con le dovute cautele, e previa accuratissima disinfezione della parte da una vena del dorso della mano destra. Si fecero con esso, in parte puro, in parte diluito in brodo, delle disseminazioni col metodo.

di Banti (1) in tubi di agar semplice e glicerinato, che si posero subito nel termostato a 870: altro sangue si stese per l'esame microscopico, su vetrini. Questi, colorati coi comuni metodi, non lasciarono scorgere alcuna forma batterica. E notiamo subito che tutti i tubi di agar, come quelli del brodo che aveva servito per la diluisione del sangue, esaminati dopo 24 ore e nei giorni successivi, si mantennero sempre assolutamente sterili.

La necroscopia, per ragioni indipendenti dalla nostra volontà, fu potuta eseguire soltanto 42 ore dopo la morte, cioè alle 10 del giorno 9: ne riportiamo qui, senz'altro il verbale (n. 2572).

Rigidità cadaverica scomparsa. Macchie di incipiente putrefazione sul ventre.

Costituzione scheletrica regolare: stato della nutrizione buona; pannicolo adiposo abbondante.

Cranio. Normali le ossa craniche. Tensione e trasparenza della dura madre normali. La lucentezza della faccia interna della dura è normale, e non si riscontra in essa alcun che degno di nota. Il seno longitudinale superiore, contiene poco sangue sciolto. Normale è la iniesione dei vasi delle molli meningi: nelle parti posteriori esiste un grado abbastanza spiccato di ipostasi: null'altro di speciale si nota da parte di queste membrane. La parte media della 2ª circonvoluzione frontale destra, appare dilatata, leggermente rilevata, e di consistenza maggiore che la sostanza cerebrale circostante.

Il suo colorito, tendente al rosa, è alquanto più chiaro che il resto. I solchi che limitano questa circonvoluzione in alto ed in basso sono notevolmente ristretti.

Nel complesso, la porzione di corteccia che appare alterata, ha una forma irregolarmente quadrilatera, con massimo diametro antero-posteriore: in addietro essa si continua col piede della 2ª frontale, apparentemente non alterato: il suo limite posteriore è distante poco più di 5 cm., dal solco di Rolando. In un taglio orizzontale dell'emisfero destro, condotto a livello della superficie superiore del corpo calloso, si vede che la zona alterata non arriva fino a questo punto e nei tagli trasversali metodicamente condotti a breve distanza uno dall'altro in senso antero-posteriore, si osserva che essa si spinge nella sostanza bianca sottostante alle circonvoluzioni per

circa 8 cm., e si continua insensibilmente con la sostanza nervosa normale.

Anche nelle parti profonde il suo limite posteriore è lo stesso di quello che già si notava dall'esterno, onde il piede nella 2ª frontale e la frontale ascendente appariscono sane. La parte alterata si presenta leggermente di colore rosco, che passa con dolce sfumatura al colore proprio della sostanza nervosa.

Nel punto malato è scomparsa quasi totalmente la normale differenza di colore tra la sostanza grigia e la sottostante bianca delle circonvoluzioni.

La consistenza della parte alterata è maggiore di quella del tessuto nervoso sano.

Null'altro di particolare si osserva nel resto del cervello, nè nel cervelletto, ponte e bulbo: non esiste iperemia, non edema della sostanza nervosa, non versamento intraventricolare: non ateromasia dei vasi cerebrali.

All'apertura dell'addome si vede che il colon trasverso, invece di decorrere orizsontalmente da destra verso sinistra, ha un andamento tortuoso, come ad & sull'altro di particolare circa la posizione dei visceri addominali.

Torace: aderense pleuriche bilaterali non molto tenaci; nei polmoni, nulla di speciale all'infuori di un grado abbastansa spiccato di ipostasi ad ambo le basi.

Cuore leggermente aumentato di volume a carico del ventricolo sinistro: orifist ed apparecchi valvulari sani: esiste un lieve grado di ateromasia nel primo tratto dell'aorta: colore e consistenza del miocardio, normali.

Fegato di forma piuttosto allungata, tanto da arrivare col suo estremo sinistro quasi all'ascellare anteriore: sul lobo destro si nota un solco del Liebermeister.

Nulla di particolare dal lato del parenchima. La cistifellea contiene poca bile, di aspetto nor male.

Milsa di volume, forma, colore e consistenza, normali.

I reni sembrano lievemente aumentati di volume: la capsula si distacca abbastanza facilmente: la superficie appare lievissimamente granulosa. Le superficie di taglio hanno l'aspetto normale, se se ne toglie un leggero intorbidamento della sostanza corticale.

Nulla da parte degli organi genitali.

Lo stomaco e gli intestini, vaoti di cibo, non presentano nulla di particolare.

Lasciando per ora da parte la lesione cere-

⁽¹⁾ G. Banti. — Sull' etiologia della polmonite acuta; « Lo Sperimentale », 1890.

brale di cui diremo più tardi, una cosa subito ci sorprese alla necroscopia, ed era la notevole sproporzione tra la gravezza dei fatti osservati in vita a carico delle urine e la quasi nessuna alterazione che presentavano i reni all'esame maeroscopico. Si procedette per ciò subito alla preparazione di pezzi dell'organo per le ricercha istologiche, e queste dettero i seguenti risultati:

i glomeruli non presentano alcun segno di flogosi acuta. La capsula del Bowmann è però alquanto inspessiva, e si notano in essa, discretamente numerosi i nuclei del connettivo adulto: questo fatto è più accentuato in alcune capsule, meno in altre: ve ne hanno di quelle di aspetto normale: non esiste alcun glomerulo che sia completamente sclerosato.

L'epitelio dei tubuli contorti, della parte larga delle anse di Henle, dei tubuli intermedi e retti, si presenta in preda a gravissime alterazioni: in alcune cellule il nucleo è affatto scomparso, in altre appena debolissimamente colorato coi comuni colori nucleari: il protoplasma è torbido, le cellule tumefatte; i limiti tra l'una e l'altra di esse, spariti; alcune desquamate sono cadute nell'interno dei tubuli, cosicchè in molti di questi non esiste più un vero lume. In altri punti, specialmente nei tubuli retti, ed in qualche braccio delle anse, si nota una cariolisi evidentissima: invece dei nuclei esiste come una polvere di granulini intensamente colorati dentro i corpi cellulari rigonfi e torbidi.

In altri luoghi, i nuclei sono visibili, ma di forma irregolare, rimpiccioliti e si colorano uniformemente con una straordinaria intensità, in modo che non si riesce a scorgervi differenziato il reticolo cromatico.

L'epitelio dei tubi collettori e della parte stretta delle anse di Henle mostra soltanto un rimpicciolimento dei nuclei ed un poco di intorbidamento del protoplasma. In qualche tubulo esistono cilindri granulosi. Lo stroma connettivale interlobulare è dovunque inspessito, ma in qualche punto più, in altri meno. Non si notano nel rene focolai d'infiltrazione parvicellulare nè fibroblastica; i vasi sono leggermente iperemici.

Si tratta, dunque, di una nefrite acuta con gravissima alterasione di tutta la parte secernente del rene, sopravvenuta in un organo che già dimostrava fatti di una malattia antica ed ormai guarita.

Esame istologico della pornione di cervello alterata. Si presenta essituita da un tessuto formato da cellule aventi un nucleo assai grosso in paragone dello scarso protoplasma che lo circonda: il nucleo è vescicolare, rotondo o leggermente ovale, ricco di cromatina: dal corpo cellulare partono ramificazioni che si intrecciano con quelle provenienti dalle cellule vicine, in modo da formare un reticolo ben evidente, a maglie mediocremente larghe. Le cellule, che in grazia delle ramificazioni che ne partono, acquistano l'aspetto uniforme caratteristico degli elementi di nevroglia, sono piuttosto rare in confronto allo spazio occupato dal reticolo: in alcuni punti si mostrano più fitte, e questo principalmente in vicinanza dei vasi che decorrono abbastanza numerosi, sottili, e con poco spesse pareti, nel tessuto. Andando verso quelle parti, dove già all'esame microscopico la sona alterata pareva insensibilmente continuarsi nella sostanza nervosa sana, si vedono apparire in mezzo agli elementi sopra descritti le cellule nervose con la loro forma piramidale caratteristica: esse diventano ben presto più numerose, e si passa così allo aspetto del tessuto nervoso sano. Da tutti questi caratteri si riconosce la zona alterata per un glioma di piccolo volume che anche nei preparati microscopici dimostra di non oltrepassare i limiti che già gli erano stati assegnati all'esame macroscopico.

Davanti al quadro clinico presentato dalla nostra paziente ed al reperto anatomo-patalogico la prima domanda che vien fatto naturalmente di rivolgersi è la seguente: l'insieme dei fenomeni da noi osservati in vita è dovuto al tumore cerebrale, od alla nefrite, oppure l'uso e l'altra concorsero alla produzione della sindrome clinica?

Le molteplici considerazioni patogenetiche e diagnostiche, alle quali si presta il nostro caso, rendono un poco arduo il rispondere in modo sicuro e reciso alla domanda. E noto che una lesione a focolaio (anche restringendosi solo ai tumori) situata nel lobo frontale, può dar luogo ad una forma di epilessia generalizzata iniziantesi dal lato del corpo opposto a quello in cui si trova la lesione cerebrale ed anche solo la forma di Bravais-Jackson.

Le memorie di Seppilli (1) e Rolland (2) per citar solo le più interessanti, riportano un

⁽¹⁾ Seppilli. — Intorno all'epilessia di origine corticale; « Riv. di freniatria e med. legale 1886 ».

⁽²⁾ Rolland.—De l'épilessie jacksonnienne. Momoire couronné, Paris 1888.

buon numero di casi in proposito: altrettanti ne abbiamo trovati noi sparsi nella letteratura, ed ormai i neurologi sono d'accordo su questo punto. Ma in tutti questi casi si trattava, per lo più, di grossi tumori che occupavano gran parte dei lobi frontali, o che erano attigui alla circonvoluzione prerolandica, e che potevano esercitare, quindi, la loro influenza sulla zona motrice, per mezzo della irritazione diretta, o con la compressione, o con l'edema, o determinando in essa disturbi circolatori; ecc.; di più quasi sempre vi era associazione di idrope ventricolare, di lesioni meningee, di arterio-sclerosi o di altri fatti morbosi. Nel caso nostro il tumore era piccolo, si trovava situato ad una buona distanza dalla circonvoluzione prerolandica; la 1ª e la 8ª frontale, e così quelle della zona motrice non mostravano alcun segno di compressione; attorno al tumore non vi era edema od anemia, non si associava l'idrope dei ventricoli, nè lesioni meningee: nulla insomma che potesse rendere ragione, come nei casi riferiti nella letteratura, di influenze a distanza che avesse potuto eventualmente esercitare il tumore.

Cercando fra i casi riportati dagli autori, non ci fu possibile rintracciarne alcuno che, come il nostro, per la sede e piccolezza del tumore, per la mancanza di lesioni dell'area motrice, o di alterazioni diffuse dell'encefalo, permettesse di escludere un qualunque risentimento a distanza.

Non possiamo però tacere di qualche caso in cui le circonvoluzioni centrali furono trovate integre, benche il tumore fosse situato vicino ad esse, e fosse di un mediocre volume. In questa categoria rientra quello del Moeli (1): si trattava di un giovane pittore epilettico, in preda a gravi fenomeni di saturnismo, con sintomi psichici rilevanti, emiplegia a sinistra, tendenza a cadere a destra ed all'indietro, e scosse cloniche che ripetevansi ad intervalli nell'articolazione della meno sinistra. All'autopsia si trovò un mixosarcoma della grossezza di un uovo nella sostanza midollare della 2ª circonvoluzione frontale di destra: la circonvoluzione prerolandica era integra.

Il Tonnini (2) riporta la storia di un individuo il quale era colto da convulsioni inizian-

(I) Epilessie Verwirrtheit—Eigenthümliche Haltung etc. « Charitè Annalen VIII, Jhrg. e Neurolog. Centralbl. Bd. II 1888 ».

tisi sempre all'arto inferiore sinistro, che si mantenevano talvolta unilaterali e senza essere accompagnate da perdita della coscienza. Alla necroscopia esisteva soltanto un focolaio distruttivo di antica data, nella faccia interna del lobo frontale destro.

Il Neff (8) ebbe occasione di osservare una donna, la quale, avendo in vita, oltre a gravi sintomi di indebolimento mentale ed a viva cefalea, presentato degli spasmi clonici alla faccia, al collo ed alla lingua dal lato destro, ripetuti per lungo tempo e seguiti da emiplegia dallo stesso lato, mostrò poi all'autopsia l'esistenza di un sarcoma del diametro di 4 cm. circa, che occupava l'estremità del lobo frontale di sinistra.

(continua)

PRATICA EMATOLOGICA

Sull'infinenza dei contenuto in emeglebina e del numero del corpueceti sanguigni sui peso specifica del sangue negli anemici. Géza Dieballa. — Molti si sono occupati del peso specifico del sangue, ma non hanno considerato quei componenti dalla cui alterazione, diminusione od aumento, dipende direttamente l'alterazione del peso specifico del sangue, Siltanto Schmaltz ha determinato, insieme al peso specifico, l'emoglobina ed il numero dei corpuscoli sanguigni, ma le sue osservazioni sono così poco numerose, da non potere trarre dalle medesime conclusioni valide. Più tardi Hammerschlag determinò il peso specifico del sangue insieme al contenuto del medesimo in emoglobina ed in alcuni casi insieme al numero delle emazie e venne alla conclusione, che il peso specifico del sangue dipenda per lo più dal suo contenuto in emoglobina e non è in relazione col numero dei corpuscoli sanguigni. Menicanti trovò negli individui sani un rapporto costante tra il peso specifico ed il contenuto in emoglobina del sangue. L'autore considera nella determinazione del peso specifico del sangue, lo stroma dei corpuscoli rossi, il quale è quello che racchimde in se l'emoglobina e perché è chiaro che nel maggior numero dei casi con la diminusione dell'emoglobina deve andar di pari passo la riduzione dello stroma dei corpuscoli rossi e conseguentemente l'influenza preponderante dell'emoglobina sulla spessezza del sangue deve essere congruente anche con quella dello stroma. L'autore cerca di provare il rapporto dello stroma col peso specifico non in quei casi, in cui esso non si sia alterato proporzionalmente al contenuto in emoglobina, ma in quelli in cui esso è maggiore o minore in rapporto a quest'ultimo, come nella clorosi, in cui il numero dei corpuscoli sanguigni è

⁽²⁾ Tonnini.—Focolaio distruttivo nella sona latente della faccia interna del lobo frontale destro ecc.

Arch. Ital. per le malattie nervose, f. 5-6, 1881 ».

⁽⁸⁾ Note sur deux cas de tumeurs cérèbrales avec autopuie « Arch. de Neurologie , 1894».

elevato in rapporto al contenuto in emoglobina ed in quel casi di anemia perniciosa, in cui la oligocitemia predomina in confronto al contenuto di materia colorante del sangue. Per provare ciò, l'autore cercò determinare fino a qual punto il numero dei corpuscoli sanguigni e mediatamente il loro stroma contribuisse a mutare il peso specifico del sangue, ed a tale scopo determino in diverse specie di anemia il contenuto emoglobinico, il peso specifico ed il numero dei corpuscoli del sangue. În tali determinazioni constată l'autore che il peso specifico del sangue è in generale in proporzione diretta al contenuto emoglobinico, ma presenta talora delle eccesioni a tale regola. Queste differense del peso specifico del sangue oscillano tra limiti setesi e non sono determinate ne dal caso ne dalla natura delle diverse forme della malattia ma dalla ricchessa. emoglobinica.

Clò è da spiegarsi, secondo l'autore, nella seguente maniera : l'emogichina non esiste nel sangue allo stato di soluzione, ma forma insieme alio stroma i singoli corpuscoli sanguigni. La massa dei corpuscoli rossi del sangue sta in rapporto inverso della quantità del plasma, cioè quanto più grande è le spazio che occupano i corpuscoli sanguigni nell'unità di volume, tanto minore è il plasma nel medesimo. Ammesso, quindi, che la maesa dei corpuscoli sanguigni fosse, quando il contenuto emogiobinico è quasi eguale, costantemente la stessa e che il peso specifico del sanguo non cambiasse, allora dovrebbe anche il peso specifico del sangue nei diversi individui con eguale contenuto smoglobinico essere sempre quasi lo stesso; ma ciò non si ha perchè la massa ed il volume dei corpuscoli sanguigni rossi sono mutabili, potendo due corpuscoli sanguigni rossi avera nel caso di simile contenuto emoglobinico diverso volume o diverso peso specifico, ed è così comprensibile come in un sangue, in cui il contenuto emoglobinico è uguale, ed in oui i corpuscoli occupano uno spasio maggiore, rimanesse minore spasio al plasma nell'unità di volume. Quindi, conclude l'autore, col dire, che il peso specifico del saugue dipende ansitutto dal contenuto in emoglobina del medesimo, ma che tuttavia altri fattori possono talmente influenzario, che esso nel caso di contenuto emoglobinico eguale, può subire notevoli differenze ed infine aggiunge, che la cacillazioni dei peso specifico sono maggiori nel sangue ricco di emoglobine, ansiché in quello che ne è più povero.

L'autore poscia cercè di studiare il rapporto tra il numero dei corpuscoli sanguigni rossi ed il peso spesifico del sangue e trovò, in generale, paragonando numerose cifre, che in quei casi in sui il sontenuto smoglobinico del sangue concordays ed in out il peso specifico era elevato, il numero dei corpuscoli sanguigui era maggiore; però questa regola ha molte eccesioni, perché il numero dei corpuscoli non sta sempre in rapporto allo stroma, essando la grandezza dei corpuscoli sanguigni sia individualmente, sia dopo le malattio, assai varia.

specifico del cangue nelle donne in rapporti ficiologici e patologici di 2-2,5 cloo più basso che quelle degli uomini.

Da consecutive ricerahe poté ceservare l'autore che il peso specifico del sangue eta in connessione intima col contenuto in albumina ed in emo-

globina del sangue-

L'autore cercò di indagare, se esistesse una differensa in riguardo al peso spesifico tra la clorosi e le anemie secondarie e poté constatare, che il peso specifico del sangue nella elorosi accidentalmente è di 2,2° (co più elevato che nelle anemie secondarie, nonostante un eguale contenuto emoglobinico; sotto l'influenza, però, di una terapia ferraginosa, diminuisce questo peso spesifico relativamente alto, ed invero in modo che. avvicinandosi il contenuto emoglobinico alla cifra normale, il peso specifico diviene perfino più beseo di quello che suole essere nel corrispondente contenuto in emoglobina nelle anemie secondarie. Questo risultato trova la sua spisga in quella nota metamorfosi, che si ha occasione di osservara nal sangue dei clorotici assoggettati alla cura ferruginosa. Il sangue dei clorotici è, almeno nel maggior numero del casi, in proporzione al numero dei corpuscoli sanguigni, povero di emogiobina; con altre parele: lo etroma del corpuscoli sanguigni, supera il contenuto in amoglobina, ed in ciò risiede appunto l'elevateusa del peso specifico del sangue nella clorosi in confronto a quello delle altre anemie.

Nella leucemia il peso specifico del sangue è più elevato di quello che seso dovrebbe sesere in rapporto al contenuto in emoglobina e questa proprietà del sangue sparisce presto durante la ri-

generazione del anngue.

Oltre ai corpuscoli sanguigni esercita anche il plasma sanguigno e la sua composizione chimica un' influenza sul peso specifico del sangue; specialmente la proporzione di albumina ed il contenuto in acqua, influenzano di molto questo peso specifico. Infatti, il peso specifico del sangue è, nella nefrite, in conseguenza della idrosmia del plasma sanguigno di 4-50_{[00} più basso. Infine osservò l'autore, che in quelle forme di anemia perniciosa, in cui il numero dei corpuscoli sanguigni rossi è in proporsione al contenuto emogiobinico di molto diminuito, è il peso specifico del sangue di circa 2 cos più basso che nelle ansmis seconderie; questa particolarità cessa durante la rigenerazione del sangue.

L'autore conclude col fare osservare, che dalle sue ricerche si rileva, che il numero dei corpuscoli sanguigni rossi, cicè anche il loro stroma, esercita, indipendentemente dal contenuto emoglobinico, un'influenza sul pego apecifico del sangue ed in tale maniera, che quest'ultimo, nonostante che il contenuto emoglobinico rimanesse lo stesso può subire differense sino a 4-5 *lon (Deut. Arch. f. klin. Medic. Bd., 57, Heft 8 u. 4, 1896).

Scagliost Contribuzione alla concessenza della loucemia. Hoctor van der Way. - La questione del modo di comportarsi del ri-ambio materiale nei legcemici è In un contenute emoglobinico eguale è il peso tuttora non ancora intigramente risoluta,

Dapprima si credette di risolvere questo problema calcolando la quantità di urea secreta nelle 24 ore, poi si pensò contemporaneamente alla quantità e composizione degli alimenti somministrati agli ammalati o si adoperò, quale controllo, una persona sottoposta alla medesima dieta. Spesso, però, fu breve il periodo di osservazioni o non vennero analizzate le fecce o la quantità e la composizione degli alimenti non fa bene determinata. Tolti i lavori fatti con questi errori, ne rimangono pochi, i quali accennano, alla perdita, allo equilibrio od anche all'aumento di azoto, senza però additare alle cause di queste oscillazioni.

L'autore quindi intraprese ricerche esatte del ricambio materiale in due casi di leucemia e potè vedere che l'aumento di temperatura non causa distruzione di albumina, conformemente ai risultati delle ricerche di C. F. A. Kochedi N. P. Simanowsky, i quali osservarono che nella elevazione artificiale della temperatura del corpo, non aumenta, tanto nell'uomo che nell'animale, la eliminazione di urea.

Ma in un altro caso, osservò l'autore, parallelamente al crescere della febbre, elevarsi l'eliminazione di urea; onde è chiaro, che nella leucemia la febbre non può essere riguardata nè quele causa ne quale conseguenza costante della decomposizione dell'albumina,

L'autore non osservò alcun nesso tra il numero dei leucociti e l'eliminazione di urea, nesso che era stato segnalato da Sticker; constatò invece nel periodo di maggior perdita di albumina una diminuzione considerevole e celere, dell'emoglobina e dei corpuscoli rossi, e poichè in seguito ad epistassi le perdite di azoto erano considerevoli, così l'autore ammise un nesso causale tra perdita di sangue ed elevata eliminazione di asoto. L'autore crede, inoltre, che l'abbassarsi della contenuto in emoglobina, meglio che l'aumento dei lencociti, o la presenza della febbre, serva di norma per giudicare della gravezza di ogni singolo caso di leucemia.

L'autore non dà molto valore alla determinasione della percentuale di N, che si perde nella leucemia con le fecce, perchè la capacità di assorbimento dell'albumina è varia anche negli individui sani; invece il grasso è negli anemici più difficilmente assorbito in paragone degli individui sani, per la diminuzione del contenuto in emoglobina del sangue. Riguardo all' aumento della quantità giornaliera di acido urico, è l'autore dell'opinione che esso dipenda in gran parte da una leucocitolisi.

In ultimo, in un caso constatò l'autore il passaggio dalla forma cronica di leucemia in quella acata (Deut. Arch. f. klin. Med., Hoft 8 u. 4, 1896).

Scaglio**s**i

Sulla leucocitolisi nella leucemia e nelle anemie gravi. Gumprecht. — Da lavori precedenti è noto che nella maggior parte dei casi di leucemia è aumentata la eliminazione dell'acido urico o dei i detti casi si manifestarono e decorsero. Studia

hanno luogo nell'organismo e la eliminazione di acido urico.

Per una serie di processi involutivi e patologici si conoscono anche le note morfologiche, cicè a seconda del modo come ha avuto luogo la distruzione del nucleo si è distinto un tipo di ipercromatosi ed un tipo di ipocromatosi.

Le ricerche dell'autore hanno dato i seguenti risultati: i linfociti di diversa provenienza liberi. degenerano quando sono fuori del corpo ovvero sotto l'azione del calio, secondo l'ultimo tipo. l'ipocromatosi: i contorni del nucleo diventano ineguali, la sua struttura va perduta e la cromatina lentamente scomparisce.

Secondo lo stesso tipo degenerano i leucociti in alcune gravi malattie del sangue.

Specialmente nelle leucemie e fra queste nelle forme acute, l'abbondanza delle forme cellulari in via di degenerazione è l'espressione della distruzione della nucleina, già accertata da lungo tempo clinicamente. In questi casi si incontrano le stesse alterazioni morfologiche, tanto nelle cellule midollari e nei linfociti, che nelle cellule degenerate artificialmente, cioè scomparsa del protoplasma, ineguaglianza del contorni del nucleo, perdita della struttura del medesimo, appiattimento e vacuolizzazione del nucleo e specialmente diminuzione lentamente progrediente della cro-

Anche nelle gravi anemie si incontra, sebbene non costantemente, la degenerazione dei leucociti, e talvolta in proporzione così estesa come nella leucemia.

Nel sangue normale non esiste ed è molto lieve la degenerazione dei leucociti, a meno che non si voglia tener conto degli elementi polinucleati che probabilmente rappresentano forme vecchie (Deutsches Archiv. f. klinische Medicin, B1.57, H. 5 u. 6, 1896). De Gravia

NEUROPATOLOGIA

Sepra una opidemia di paralisi spinale infantile. D. Cervesato. — D. nas epidemia di paralisi spinale infantile, che ha dominato nel comune esterno di Padova, nell'estate del 1895, l'autore ha tratto argomento per fare uno studio clinico ed anatomo-patologico sulla poliomielite infantile.

E un volume di 150 pag. con figure e tabelle che costituisce una monografia sull'argomento.

L'autore, dopo aver accennato alle varie epidemie di paralisi spinale infantile che furono sin' ora descritte, passa a studiare i casi da lui osservati durante l'anzidetta epidemia, che sono in numero di 26 e li considera nei riguardi delle condizioni di luogo e di tempo sotto le quali essi si presentarono, nonchè riguardo al sesso, all'età, alla stagione, ecc.

Tratta, quindi, diffusamente dei sintomi coi quali corpi alloxurici, e che esiste un rapporto stretto anzitutto i sintomi dello stadio iniziale, particotra i processi di decomposizione cellulare che larmente la febbre ed i fenomeni nervosi; e tra

questi ultimi rileva la frequenza e la importanza di alcuni sintomi decisamente spinali, tra cui i dolori alla colonna vertebrale ed agli arti, la rigidità del tronco e della nuos, ecc. Passa poi ad occuparsi della paralisi, del suo modo di sviluppo e di distribusione; delle modificazioni della eccitabilità elettrica nei muscoli colpiti dalla paralisi; dell' atrofia muscolare, dei fenomeni reflessi, dello stato della sensibilità, del modo di funzionare degli sfinteri della vescica e dell'ano, degli altri disturbi trofici e delle alterazioni vasometorie, delle contratture e deformità. Dopo ciò l'autore riferisce gli esiti relativi ai casi di sua osservasione, e trae argomento da ciò per trattare delle paralisi spinali temporarie, della possibilità di un esito letale, sopratutto nello stadio iniziale, e finalmente dell'ordinario e più comune decorso ed esito della poliomielite infantile.

Nella 2ª parte del suo lavoro, l'autore descrive i reperti anatomici di 2 cavi che morirono nella sua clinica per malattia indipendente della poliomielite e dei quali potè quindi istituire l'esame istologico del midollo spinale. Le alterazioni anatomiche che l'autore ha riscontrato in quest'organo, sono: alterazioni di natura infiammatoria, molto diffuse e disordinate, riguardanti in modo prevalentissimò la sostanza grigis, ma interessanti anche la sostanza bianca, le radici spinali e persino

le meningi.

Sulla base delle alterazioni da lui rinvenute, che l'autore pone a raffronto coi reperti istologici dei vari casi di poliomielite infantile sin'ora conosciuti, viene alla conclusione che nella paralisi spinale infantife trattasi di una lesione essenzialmente diffusa, la quale soltanto per la sua predilezione per la sostanza grigia prende l'aspetto di un'affezione pseudo-sistematica; e che tale sua predilezione per le colonne grige anteriori dipende delle condisioni anatomiche del circolo spinale. In base allo stesse alterazioni anatomiche da lui riscontrate, l'autore dimostra come le meningi spinali, forse più frequentemente di quando si crede, partecipano al processo morboso, e non già quale accidentale complicazione, o quale semplice fatto di diffusione, ma bensi quale effetto coincidente dello stesso agente che determina la mielite. Ed a questo proposito rileva, come la coesistenza dei fatti meningei, poesa rendere malagevole la diagnosi della paralisi spinale infantile, tanto da poterla scambiare con la meningite cerebro-spinale, e con la meningo-mielite acuta. E sempre sull'appoggio delle alterazioni anatomiche rinvenute, l'autore studia poscia la patogenesi del processo morboso, dimostrando come le lesioni vaste e disordinate riscontrate nei suoi due casi, le alterazioni vasali tanto pronunciate ed appariscenti, p.u ancora la sede perivasale dei focolai distruttivi, evidentissima sopratutto nel 2º dei suoi casi, sono fatti che depongono per l'origine ematogena del processo morboso.

L'autore infine, ha voluto anche studiare la natura del processo mercè ripetute riperche batteriologiche sul sangue de' suoi malati, mercè inoculazioni del sangue stesso negli animali, el in un caso anche modificate l'esan i isonicologies del

midollo spinale e di altri organi, però con risultato completamente negativo. Ad onta di ciò l'autore si dichiara per la natura infettiva (o tossica) del processo morboso, concetto che per ovvie ragioni non viene punto contradetto dal risultato negativo di quelle ricerche, e che d'altro lato trova appoggio nella osservazione clinica, nelle risultanze sperimentali, e nella apparizione epidemica della malattia, ormai più volte constata.

De Grasia

RICORDI MEDICI

Carlo Lasègue

Ernesto Carlo Lasègue nacque a Parigi il 5 settembre 1816.

Fece i suoi studi classici al liceo di quella città ed ivi prese la laurea in lettere e filosofia.

Licensiato a 22 annl, si trovò, ben presto, in relazione con Cousin, allora celebre professore di filosofia a Louis-le-Grand.

Il suo gusto squisito, la conoscenza profonda degli autori classici, l'amore per lo studio della letteratura antica, furono ben presto giustamente appressate dal Collin, che lo nomino ripetitore di filosofia.

Lasègue tenne quell'incarico per due anni, dopo i quali fu obbligato a lasciarlo, per dedicarsi ad un altro studio, a quello della medicina, per cui il suo nome divenne e rimarrà celebre.

Fu il caso quello che trasformò un insigne letterato in un dotto e profondo clinico.

Nel 1841, conobbe per caso, Olaude Bernard, allora interno di Falret padre, alla Salpètrière. Fra questi due forti ingegni, si differenti nelle loro manifestazioni esterne, si stabili ben presto una vera e salda amicizia.

Bernard condusse l'amico nel suo reparto, e Lasègue, alla presenza degli alienati, colpito dai vari disturbi dell'intelligenza, vagheggiò l'idea di profittare dell'osservazione fatta su costoro per dare un impulso alla psicologia.

Lo stadio degli ammalati, il condurre parte della vita negli ospedali e le relazioni amichevoli col Bernard e col suo mastro Falret, ispirarono ben presto nell'animo del Lasègue l'amore per le scienze mediche, talchè egli, poco tempo dopo la sua visita alla Salpêtrière, incominciò i suoi studi regolari, di medicina.

Dopo alcuni anni, essendo stato il Bernard nominato professore di anatomia, il Lasegue

passò alla sua scuola.

Sorto però qualche dissapore fra questi due valorosi scienziati, il Lasègue se ne andò all'ospedale Necker ove rimase sedotto dall'eloquenza e dalla parola smagliante del Trousse a u.

Fra questi due uomini, che tanto si rassomigliano per la loro genialità di carattere, si stabili ben presto una cordiale ed affettuosa intimità, che durò per tutta la vita.

Ad essa rese omaggio il Las è g u e, facendo,

alla morte del Trousseau, uno splendido elogio, davanti la facoltà di medicina.

Nel 1846 il Lasègue si laureò in medicina, scegliendo, per soggetto della sua tesi, uno studio su Stahle la dottrina medica.

Poco dopo, egli pubblicò diversi lavori, di cui il più importante è lo «Studio sulle acque minerali delle rive del Reno» fatto in collaborazione col Trousseau.

Nel 1848, il governo lo mandò in Russia per studiarvi il cammino, che faceva allora un' epidemia colerica.

Compiuts, dopo molti sacrifici, la sua missione, ritornò in Francia.

Fu nominato allora medico capo dell' infermeria speciale del deposito dell' ufficio di polizia, per esaminare gli alienati, che dovevano essere rinchiusi nel manicomio.

Tenne questa carica per ben trent'anni, osservando un numero grandissimo d'infermi, affetti dalle forme più svariate di malattie mentali.

In possesso di questa Clinica d'una ricchezza incomparabile, lavorò molto e nel modo in cui egli sapeva lavorare.

Ivi trovò l'elemento necessario per tutti i suoi lavori di patologia mentale.

Il primo studio fatto nella infermeria del deposito fu una memoria sul delirio di persecuzione.

Ad esso seguirono gli esibizionisti, la vertigine mentale, l'alcoolismo acuto, subacuto e cronico, la melanconia perplessa, etc.

In tutti questi ed in altri lavori, il Lasègue illustra mirabilmente quasi tutta la patologia mentale, portando dei contributi del tutto originali.

In essi egli cerca continuamente di difendere il principio che la medicina mentale non debba essere separata dalla medicina generale e che debba essere studiata con gli stessi processi, con cui si studiano le malattie ordinarie.

A questo metodo si debbono appunto la maggior parte dei principali progressi ottenuti nella patologia mentale, nella recente metà di questo secolo.

Dal contatto giornaliero che egli avea con gli alienati, dalla conoscenza profonda delle loro manifestazioni ficiologiche e mentali, era nata nel Lasè gue una sicurezza di giudizio, tale che i magistrati ricorrevano a lui nelle discordie medicolegali.

In breve si acquistò in medicina legale un'autorità che nessuno poteva discutergli.

Intanto, nel 1852, il Trousseau lo scelse come capo della Clinica, nel 1858 il concorso di aggregazione gli apri le porte della facoltà di medicina.

Egli trattò come tesi della « paralisi generale progressiva ».

In questo stesso anno, fu accolto come redattore capo nella redazione degli Archives generales de Mèdecine.

Nel 1854 fu nominato medico degli ospedali. A partire da questo momento, il Lasègue possedeva già tutto ciò che era necessario, per assorgere, come clinico.

Egli ne seppe profittare, impiegando tutta la sua attività ed il suo profondo ingegno nello osservare gli ammalati e nel portare dei validi contributi ai più importanti capitoli della patologia e della clinica medica.

Oltre i lavori sopra mensionati, ne scrisse degli altri di vario argomento, pubblicati la maggior

parte negli archives.

Fra essi citiamo le ricerche su di una forma di atrofia parziale (trofonevrosi di B o m b e r g), sugli accidenti cerebrali che sopravvengono nel corso della malattia di Bright, sulla paracentesi del pericardio.

Nel 1858 e nel 1860 suppli l'Andralnel corso di patologia generale e nel 1867, dopo la morte di questo illustre patologo, gli succedette nella cattedra.

L'11 decembre 1869, fu nominato professore di Clinica medica all' *Hopital de la Pitie*.

Da quest' epoca, il Lasègue dedicò il resto della sua vita all' insegnamento dei giovani.

Egli voleva che i suoi allievi fossero iniziati in tutti gli esami necessari alla diagnosi delle malattie; arricchi quindi la sua Olinica di tutte quel suppellettile necessario alle principali ricerche.

Poco scrisse in questo periodo di tempo; d'importante pubblicò semplicemente un volume sulle angine.

Il 20 marzo 1823 egli moriva, in mezzo al compianto generale. Greco

LA SCOPERTA DI ROENTGEN;

Proposta per l'impiego dei raggi di Röntgen in alcune forme di occità. — E. Boek propone di impiegare i raggi X in quei ciechi, in cui il nervo ottico e la retine sono intatti, e per ciò sone in grado di distinguere la luce dall'oscurità, ma non hanno la percezione degli oggetti per intorbidamento inguaribile dei mezzi ottici. L'autore pensa anche d'impiegare la illuminazione Roent gen in quei ciechi, in cui la cornea è stata sostituita da tessuto connettivale ed in quelli la cui cornea è intensamente intorbidata.

L'autore in questa sua proposta parte dal seguente fatto: riesce a traverso i corpi, che ordinariamente non lasciano passare la luce, di avere immagini di diversi oggetti sulle lastre fotografiche, e per ciò non è da rigettare l'idea coll'aiuto dei raggi X di poter proiettare a traverso le cicatrici corneali non trasparenti, ombre d'immagini sulla retina ancora sana.

L'autore richiese al Dr. I. M. Eder, del celebre Istituto fotografico di Vienna, un parere sul suo modo di vedere e la risposta fu incoraggiante, perchè Eder scrisse, che l'idea dell'autore era eseguibile tanto teoricamente che praticamente.

L'autore propone, per fare percepire ai ciechi la scrittura, la litografia con vernice grossa, sulla quale si cosparge della polvere metallica, bronzo, che non contenga alluminio e soltanto poco zinco.

L'autore non ha fatto in proposito delle ricerche,

nè crede per ora praticamente attuabile per tutti i ciechi la sua proposta, perchè l'apparecchio per le produzione dei raggi X è spazioso, complicato e costoso; ma spara nella semplificazione dello apparecchio per una pratica diffusione.

Rileva l'autore però l'utilità dell'impiego dei raggi X sotto il punto di visto medico-legale nei casi di ragassi divenuti ciechi, ma che prima vedevano, i quali potrebbero così riconoscere oggetti, scritture et similia (Wiener medis. Wochenschr., n. 52, 1896).

Sengliosi,

PRATICA DELLA CHIRURGIA

Rapporti tra ienee-sheratesi ed epiteliema. Le Donta. — Mentre fino a pochi anni addietro il rapporto fra le leucoplasie e l'epitelioma era ritenuto come una semplice coincidenza, adesso invece, grazie ad una serie di lavori recenti, è stata affermata la possibilità della trasformazione diretta della leucoplasia in epitelioma (Schwimmer, Lailler, Besnier, Fournier, Widal, Kaposi).

L'autore, avendo operato parecchi epiteliomi di origine leucoplasica, ha creduto utile di riassumere i risultati dell'esame istologico onde stabilire delle conclusioni su questo argomento di tanto interesse.

Dall'insieme del suo lavoro pare assodato, che, se la trasformazione epiteliomatosa della piastra leucoplasica allo stato attuale della scienza, a malgrado la sua frequenza, non deve essere considerata come una fase inevitabile della malattia, certamente è determinato dalla predisposizione inerente alla leucocheratosi in sè stessa.

Le ricerche istologiche hanno mostrato che mentre la leucoplasia è caratterizzata essensialmente dall'ipercheratinizzazione dello epitelio della mucosa, lo sviluppo dell'epitelioma è spesso preceduto da una decheratinizzazione parziale seguita da infiltrazione cellulare.

L'autore, fondandosi sul fatto, confermato dalla clinica, che spesso esiste una filizzione diretta tra la comparsa della piastra e lo sviluppo dello epitelioma, credo di poter ritenere che la leucoplasia è un epitelioma in potenza, se non è già uno epitelioma reale.

La piastra primitiva è già un epitelioma, che potrà anche rimanere stazionario, ma che potrà anche, nell'età in cui le forze declinano, divenira un neoplasma raro, sempre pericoloso, nonostante la benignità relativa di certi casi che le osservazioni dell'autore hanno messo in evidenza.

Le deduzioni pratiche che si possono stabilire da questi fatti, sono le seguenti:

ogni piastra leucoplasica che si allontana dal tipo il più semplice, deve essere immediatamente estirpata:

per tipo semplice, l'autore intende la piastra molto sottile, a superficie regolare, non papillomatosa nè ulcerata;

in questi casi, prima di ricorrere alla cura chirurgica, si può attendere che i messi farmaceutici

diano la prova della loro efficacia. Oltre l'igiene consistente nello evitare ogni causa di irritazione (uso di tabacco, alimenti e liquori irritanti), e combattere le influenze indirette di natura diatesica (sifilide, artrite), l'autore raccomanda l'uso dei collutori a base di borace, acido borico, clorato di potassio, bicarbonato e salicilato di soda a deboli dosi.

Ogni modificazione della piastra rappresentata dallo sviluppo di papille o di ulcerazioni, rende necessario l'intervento chirurgico, e questa per riuscire efficace deve essere precoce e radicale (*Rovue de Chirurgie*, n. 12, 1896).

Bentineana

RIMEDII NUOVI

il midrele. P. Albertoni. — Le ricerche farmacologiche fatte dal Sabatini, sotto la direzione
dell'autore, sul midrolo o jodometilato di fenilpirazolo, hanno fatto riconoscere che esso negli
animali a pupilla rotonda agisce da midriatico,
mentre è inattivo negli animali a pupilla oblunga. Non si verifica l'asione midriatica, quando
nei cani si è tagliato un mese e messo prima il
tronco del vago-simpatico al collo; invece si verifica quando il nervo è stato reciso solo 4 giorni prima. La fisostigmina fa comparire la midriasi prodotta dal jodometilato di f-nilpirasolo,
l'atropina invece l'auments.

Questi risultati hanno spinto naturalmente parecchi osservatori a sperimentare l'asione di questo farmaco sull'occhio umano, e si trovò che anche nell'uomo esso ha la proprietà di dilatare le pupille, sensa paralizzare completamente od in grado notevole l'accomodazione. La dilatazione è intensa, ma di breve durata, giacchè comincia a diminuire già dopo poche ora e scomparire dopo 24.

Le ricerche fatte dal Cattane o nella Clinica Oculistica del Tartuferi, hanno stabilito con matematica esattezza gli effetti che il farmaco ha sull'occhio umano, cioè che esso in soluzione 5-10° [o, per l'azione midriatica di breve durata, per la sua lievissima influenza sull'accomodazione e sul tono dell'occhio, merita a scopo diagnostico di essere adoperato in quei casi in cui ci sia da temere un aumento della pressione intraoculare da parte di altri midriatici.

Inoltre il midrolo, non producendo affatto irritazione locale, nè dando luogo a fenomeni di avvelenamento, può, per la sua azione ischemizzante, avere favorevole affetto non solo sui vasi della congiuntiva epiremici, ma anche su quelli dell' iride e probabilmente anche dei tessuti più profondi dell' oschio.

Questo affetto sarebbe superiore a quello della cocaina e delle sostanze analoghe. Infine, per azione calmanta (non propriamente anestesica) che ha nei dolori sopracciliari e cibari, nel bletarospasmo, ecc., merita di essere impiegato in parecchie malattie che si accompagnano con quei

sintomi, e quindi nelle malattie della cornea, dell'iride, della sclera, della congiuntiva.

L'autore riferisce qui un esperimento fatto dal

Tartuferi.

Il midrolo è una polvere amara, bianca. ino dora, facilmente solubile nell'acqua. Come si ri, leva dalle ricerche dell'autore e di Sabbatini, il midrolo paralizza le terminazioni nervose motrici, analogamente al curaro. Nei cani e nei gatti l'iniezione endovenosa di midrolo produce leggero rallentamento del polso e notevole aumento della pressione sanguigna, il che dipende in parte dall'azione diretta del muscolo cuore, in parte da un'azione vaso costrittrice.

Il midrolo viene rapidamente assorbito e passa immuteto nell'urina (Therapeutische Wochenschrift

m. 49, 1896).

De Grania

SPOGLIO DEI PERIODICI GERMANICI

(Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 57, Hefc. 8 u. 4, 1898).

I. Sulla diagnosi dei rumori cardiaci sistolici.—
N. Leube accenna alla difficoltà della diagnosi
differenziale tra i rumori cardiaci sistolici ed i
rumori endocarditici e, dopo aver discusso sui medesimi, dà un riassunto disgnostico, che possa guidare il medico in simili circostanze.

II. Sulla presenza delle sollevazioni catacrote nella curva del polso. Jos. Trantwein, dopo ver provato, che tutte le immagini del polso possono ricondursi ad una forma fondamentale, reppresentata dalla così detta curva tricuspidale, viene a precisare le cendizioni, che danno origine alle elevazioni secondarie ed abbatte contemporanes mente la teoria di recente sostenuta da v. Kries e v. Frey ed invece sostiene, che le elevazioni secondarie hanno sempre un'origine centrale.

III. Sulla patologia dell'ittiosi cong-nita, Gerstenberg scatiene che l'ittiosi congenita ha base trafonevrotica, ma non sa decidere se la nevrite interstiziale da lui riscontrata, avesse un carattere ascendente o discendente.

IV. Sal significato del tumore di milza nella rachitide. v. Starck non ammette un rapporto costante tra il grado delle alterazioni rachitiche delle ossa ed un possibile tumore di milza, tra il rigonfiamento delle glandule mesenteriali, la lue congenita ed un ingrossamento della milza. Conclude col non ennettere molto valore all' ingrandimento della milza nella rachitide, in cui talori, anche nelle forme più gravi, manca ogni tumefazione della medesima.

V. Levulosuria. B. May comunica delle ricerche dalle quali risulta, che esiste la levulosuria.

VI. Contributo alla conoscenza della leucemia. Hestor van der Wey. Riportato in questo numero di giornale (Pag. 91).

VII. Influenza del contenuto in emoglobina e del numero dei corpuscoli sanguigni sul peso specifico del sangue negli anemici. G è s a D i e b a l l a. Riportato in questo numero di giornale (Pag.90).

IX. Il valore diagnostico della puntura del canale vertebrale. Friedr. Straus determina i caratteri fisici e chimici del liquido cerebro-spinale in varie malattie, (meningite sierosa, meningite cerebro-spinale epidemica, meningite tubercolare, tumore del cervello), le quali cosi per messo del liquido ottenuto con la puntura, possono differenziarsi fre loro.

X. Su un caso di endocardite maligna sulle valvule dell'arteria polmonare in seguito a gonorrea. R. Keller comunica un caso, venuto alla sezione cadaverica, in cui in seguito a gonorrea si stabilirono delle vegetazioni sulle val vule dell'arteria polmonare. Nelle vegetazioni riscontrò l'autore non gonococchi ma streptococchi.

XI. L'epidemia di tifo ricorrente in Mosca nell'anno 1891. Hugo Loewenthal pubblica le particolarità di un'epidemia di tifo ricorrente, da lui stuliata, in Alosca, le quali possono rias

sumersi nel modo seguente:

Reperto del sangue negativo nel 25,5 % dei casi esaminati, esantemi 7,75 %, edema dei malleoli nel 12,6 %, parotite 2,52 %, orchite una volta, affezioni monoartritiche più frequenti delle affezioni poliarticolari, epistassi rara, laringite acuta 1 volta, pneumonite crupale 7 volte, una volta glossite parenchimatosa, rari i dolori forti nei polpacci.

XII. Sai metodi terapeutici del naftolo α e dei preparati di creosoto. I. v. Maximo wit sch dà alcune formole di somministrazione del naftolo α e del creosoto per varie vie dell'organismo.

XIII. Semplice idropisia in seguito a varicella. v. Starck comunica un caso, che è il primo nella letteratura, di idropisia in seguito a varicella (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, B1., 57 Heft. 8 u. 4 1896). Scapiosi

FORMULARIO

كمورك البراك بريادا والمراج والمكور والموارك المرك والمراج والمراج والمراج والمراج والمرك والمرك والمركون

Centre la tesse convulsiva.

Tintura di belladonna gr. 10
Fenacetina > 5
Acqua di fiori d'arancio > 80
Sciroppo di bignonia > 80

Dieci gocce per i bambini di un anno; un cucchiaio da caffè per i fanciulli a 10 anni, ogni due ore.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NAC CIARONE

Tipografia della Biforma Medica

Sommanio. - 1. Riviste sintetiche. Linite plastica del Brinton. - 2. Lavori originali. R. Aroispedale di S. Maria la Nuova in Firenze, le repar o medico (prof. G. Banti). - Tumore del lobo frontale; nefrite acuta; epilessia jacksoniana, per i dottori V. Ducceschi e V. Martini. — 8. Le Cliniche francesi. Clinica chirurgica di Parigi (dott. De moulin). La diagnosi delle lesioni traumatiche addominali. - 4. Note di neuropatologia. - 5. La scoperta di Roentgen.-6. Note di Pratica medica.-7. Spoglio dei periodici. — 8. Formulario.

RIVISTE SINTETICHE

Linite plastica del Brinton.

La ipertrofia del connettivo sottomucoso dello stomaco, elevata a tipo morboso dal Brinton nel 1864, che la chiamò linite plastica, è una malattia ancora poco nota.

Ciò non pertanto, era anatomicamente conosciuta

anche prima.

Andral, Bricheteau, Cruveilhier, Quain, Wilks, Hare, Snellen, fecero osservazioni anatomo- cliniche di lesioni e disturbi astrici riferibili alla malattia, descritta poi dal Brinton

Questi delineò il quadro anatomico della lesio-

ne nel modo seguente:

lo stomaco presenta una colorazione grigiastra ed una opacità speciale, al tatto è resistente come cartilagineo, le pareti sono inspessite da 6 ad 8 volte oltre la norma, e scricchiolano sotto il coltello. I tessuti che formano lo stomaco sono sempre distinti fra loro, nè le tuniche appaiono ugualmente ipertrofiche, essendo specialmente cospicuo l'inspessimento del tessuto arsolare della tunica mucosa.

L'organo, infine, appare anemico; Brinton tento delineare il quadro clinico della malattia,

ma pare che non vi sia riuscito.

La diagnosi è difficilissima potendo la malattia assumere svariate forme, e presentare no-tevoli differenze di sintomi e di decorso; si può perfino riscontrare casualmente la lesione al tavolo anatomico, senza che in vita se ne siano avato dei segni.

Per ciò che riguarda il chimismo gastrico, si hanno scarse cognizioni, però in 2 casi di recente pubblicati dal Gabbi e dal Sansoni, da un esame sul chimismo eseguito coi metodi che la chimica clinica moderna insegna, non forono ri-

levabili particolari degni di nota, È una questione tuttavia dibattuta, se la natura di questa malattia sia d'origine infiammatoria, o di natura degenerativa, o se debba ascri-

versi alle neoplasie.

Andral, per il primo, distinse il semplice inspessimento del tessuto cellulare sottomucoso, dal cancro, opinione che fu anche confermata da Oruveilhier.

Salse, Bruch, Snellen, Rokitansky, hanno escluso la possibilità, che le lesioni nite gastrica, par essendo neoplasmi, è noto da di cui parlasi si riferiscano ad un canero scirroso. I gran tempo.

Brinton non affermò da canto suo, in modo reciso la natura flogistica della malattia, ma pur riconoscendo le analogie che corrono tra cancro e linite plastica, non ammette l'identità.

Ricorda che il cancro si diffonde in profondità,

la linite in estensione.

Nel cancro i limiti delle tre tuniche gastriche sono rotti, mentre nella linite questo non av-

La lesione in principio è un'essudazione del connettivo sottomucoso gastrico, essudato che si va trasformando in tessuto fibroso, con aumento dello spessore delle pareti dello stomaco e diminuzione della capacità del viscere.

Il Brinton non crede, pertanto, di dare alla lesione il nome di gastrite, spettando questo nome

alle affezioni della mucosa.

Non accetta la definizione di ipertrofia, perchè talora si trovano parti dell'organo atrofiche in meszo al tessuto connettivo neoformato.

Accenna anche all'ipotesi di un tumore fibroide benigno, e finisce per proporre la denominasione di linite (Atvoy rete) che ricorda la struttura del tessuto.

Ewald, Niemeyer, Leube, Mathieu, Jaccoud, nei loro trattati pongono il morbo di Brinton nel capitolo delle flogosi croniche

dello stomaco.

Hanot e Gombault studiarono molto minutamente un caso di loro osservazione, e vi riscontrarono i segni sicuri di un processo infiammatorio della mucosa, però lo ritengono secon dario alle lesioni del peritoneo ch' era ancor'esso infiammato.

Essi definiscono la malattia come solerosi sottomucosa ipertrofica, con retroperitonite callosa.

Wilks, Hare ed altri, parlano di una degenerazione fibrosa della sottomucosa, che sta tra le produzioni infiammatorie e le neoplastiche.

Massotti, in un caso di sua osservazione, ammette che si tratti di processo degenerativo. Garret ritiene che la linite del Brinton

sia un cancro.

Brete Paviot credono si tratti di canero epiteliale infiltrato dello stomaco, in cui lo stroma connettivale predominate ha ridotto le cellule cancerose a semplici fusi protoplasmatici, sottili. Questi autori, da uno studio minuto dell'argomento, hanno concluso che la linite plastica dello stomaco, è un cancro a cellule essensialmente metatipiche, ma la cui vera natura è dimostrata nei casi rari in cui è possibile ritrovare le cellule tipiche di origine gastrica ed epiteliale.

L'ipertrofia sottomucosa e la gastrite cronica sclerosanta, devono essere radiate dal quadro no-

sologico.

Queste conclusioni, però, sono combattute da uno studio critico dall' A scoli, il quale crede poter dedurre, che il complesso di fatti anatomici, che caretterizzano la linite del Brinton, possa avere una diversa natura e una patogenesi diversa nei vari casi.

Che esistano dei casi aventi le parvense di li-

ت

Cavaszani, recentemente, ha riferito un caso, in cui un cancro scirroso originato dal pancreas, propagandosi nello stomaco, aveva assunto l'aspetto macroscopico della linite del Brinton; ma gli attuali mezzi di ricerca perfezionati evitano la confusione.

D'altra parte, è certo che esistono dei casi di forme di gastrite atrofica pura del Brinton, in cui l'esistenza di un cancro non è ammis-

sibile.

Cardi (Il Policlinico, n. 24, 1896), a conforto di quest'ultima affermasione, riferisce un caso esaminato nell'Istituto anatomo-patologico di Genova.

Nello esame istologico della porzione pilorica dello stomaco, trovò: che la sierosa non presentava notevoli alterazioni, tranne un leggero inspessimento.

Una sona abbastanza regolare di infiltramento parvicellulare, la separa dalla muscolare, che è

aumentata di spessore.

Tra i fasci di fibre muscolari, si insinua un tessuto di infiltrazione, a zone più o meno estese, che si originano dal contorno dei vasi sanguigni.

Nelle fibre muscolari dominano i segni d'iper-

plasia su quelli di ipertrofia.

I confini tra sottomucosa e mucosa, sono perduti. La parete gastrica, nel tratto posto al di sopra della muscolare, è trasformata in uno strato uniforme di tessuto connettivo giovane.

Su questo strato predominano elementi cellulari a nucleo rotondo, a scarso protoplasma, in confronto di elementi a forma allungata, ricchi

di protoplasma e a nucleo ovale.

Attorno ad alcuni vasi, si ha accumulo di elementi linfoidi abbondante, da formare degli ammassi cellulari, che richiamano alla memoria lo aspetto dei follicoli linfatici solitari, e come tali, potrebbero essere interpretati, se non ne differissero per la completa assenza di tessuto citogeno reticolare nell'interno dell'accumulo linfoide, e per la mancanza di qualsiasi rapporto con le parti superficiali della parete gastrica.

Come ultima traccia degli elementi glandulari della mucosa, in seno a questo tessuto, rinvengonsi dei cordoni cellulari, a decorso parallelo fra loro e perpendicolare alla superficie libera dello stomaco, che si devono riguardare come fondi ciechi di glandule, in preda al processo di atrofia. Queste cellule stanno addossate fra loro e compresse dalla circostante produzione di connettivo: sono più numerose in una zona intermedia fra margine libero dello stomaco e strato musuolare.

Non si riesce a riscontrare segno di degenerazione cellulare o di trasformazione cistica.

In prossimità della superficie libera dello stomaço, il tessuto connettivo che sostituisce la mucosa, è più trasparente, con nuclei meno numerosi, meno facilmente colorabili.

L'autore, quindi, conclude, che non ostanti le piccole differenze istologiche, nel caso di cui è parola, debbasi ritenere, si tratti di linite plastica del Brinton giunta al suo più alto grado e che questa malattia debba esser distinta dalle forme di cancro scirroso dello stomaco.

Vajana

LAVORI ORIGINALI

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA IN FIREMEN (Secondo reparto medico) prof. G. BARTI.— TUMORE DEL LOBO FRONTALE; NEFRITE ACUTA; E-PILESSIA JACKSONIANA, per i dottori V. Duccescei e V. Martiei.

(Contin. e fine.--Vedi n. prec.).

Dall'esposizione sommaria di questi pochissimi casi raccolti dopo diligenti ricerche nel campo della letteratura, e che sono ben lungi dal presentarsi, per ciò che riguarda le lesioni cerebrali. nelle condizioni proprie del nostro, sarà facile convincersi, come noi non fossimo troppo proclivi, ed attribuire alla semplice presenza del glioma nel libo frontale, l'imponente quadro sintomatico che avemmo l'occasione di presenziare. Di più, se guardiamo un momento ai precedenti clinici della nostra pasiente, ci sentiamo ancor meno attirati ad ammettere che la sindrome jacksoniana in essa osservata, potesse tutta attribuirsi al tumore del cervello. Questo non aveva, fino all'insorgere tumultuario dei sintomi, dato neppure il minimo accenno della sua esistensa. Sana era stata la donna fino allora, nè aveva notato, negli ultimi tempi, alcuno di quei disturbi che mettono sulla strada di ricercare un neoplasma intracranico.

È vero che i tumori del lobo frontale non danno, di sè, sintomi così appariscenti come quelli di altre regioni dell'encefalo; che si limitano a produrre, come anche recentemente hanno fatto notare il Bianchi ed altri autori, una diminusione delle facoltà mentali, accompagnata qualche volta, e qui neppure tutti gli autori sono d'accordo, a lievi sintomi oculari: è vero che questi segni, anche se fossero esistiti nella nostra malata, avrebbero potuto passare inosservati a lei ed alla gente che la circondava: ma qualche cosa avrebbe pur dovuto mettere sull'avviso la pasiente e farla ricorrere ad un modico.

Vogliamo dire dei sintomi di una aumentata pressione endocranica che, se si ammettesse una possibile azione a distanza del tumore, sarebbero stati di certo piuttosto imponenti: la cefalea, che nei neoplasmi del lobo frontale è di solito vivissima, i vomiti, le vertigini, i disturbi della facoltà visiva dovuti alla papillite ottica, e tutti gli altri sintomi generali di una neoplasia cerebrale, avrebbero pur dovuto esistere, e la paziente accorgersene e riferirli.

Invece nulla di tutto ciò.

E neppure si possono mettere innanzi, a spie-

gare la pressoché subitanea insorgenza della epilessia parsiale, quelle cause che comunemente si invocano nei casi in cui una lesione fino allora latente si dichiara tutto ad un tratto, ed in breve porta alle più imponenti sindromi; come a dire il disfacimento rapido del tessuto morboso, una metaplasia della struttura anatomica, una emorragia avvenuta nel suo interno, tale da aumentarne istantaneamente il volume e portante per questo fatto a compressione di zone finitime fino allora risparmiate dal processo.

Nel caso nostro non esisteva niente di tutto questo: il tumore era uno di quei gliomi che per solito impiegano lungo tempo a svolgersi e, che hanno un assai lento accrescimento; in nessuna narte di esso si trovava traccia di degenerazione qualsiasi o di mutamento in altra specie di neoplasma a più rapido sviluppo: era mediocremente vascolarizzato e non presentava la più piccola emorragia: il fatto stesso dell'essere passato sempre inosservato, deponeva per il suo lento accrescimento, per la relativa benignità, se così possiamo dire, di esso.

Non bisogna dimenticare, inoltre, che esisteva nel caso nostro una nefrite eccezionalmente intensa, che aveva portato ad una distruzione quasi completa dell'apparato secernente del rene: questo dato ed il reperto delle urine stavano ad accertare eloquentemente la gravezza della lesione renale.

La forma jacksoniana presentata dalla paziente, era dunque sotto la dipendenza della nefrite?

Una serie ragguardevole di casi dimostra in modo indubitato che la epilessia parziale, così come la paralisi, ed una serie di altri fenomeni (l'afasia, spasmi clonici localizzati, ecc.), possono dipendere da un'intossicazione uremica.

Raymond (1), Carpentier (2), Jaccoud, (3), Eichhorst (4), Chantemesse, Tenneson (5), Chauffard (6), riportano casi di questo genere.

Tanto l'epilessia parziale quanto gli altri accidenti cerebrali dell'uremia, sono più frequenti

(1) Raymond.—De certains accidents paralytiques observés etc. « Rèvue de Mèdecine, pag. 729, 1885.

nella nefrite interstiziale cronica, ma furono osservati anche nelle forme renali acute. Essi sono attribuiti dalla maggior parte degli osservatori a fatti di edema localizzato, ad idrope ventricolare, o a disordini circolatori locali.

Però in questo caso non si trovò nè edema cerebrale, nè alcun'altra lesione che potesse giustificare la presenza dei fatti convulsivi; si ricorse allora alla ipotesi dell'intossicazione (Chauffard),

Probabilmente tutte le ragioni ora menzionate sono capaci di ridestare le complicazioni cerebrali della insufficienza renale: certamente nell'un caso predomina l'una, nell'altro l'altra; qualche volta esse si intrecciano e si combinano sotto tutte lo forme possibili.

Al di fuori di ogni considerazione patogenetica, a noi interessa di rilevare che un quadro sintomatologico eguale al nostro, poteva ben essere dato solo da un processo uremico quale per la grave lesione renale clinicamente ed anatomicamente dimostrata, si può ben supporre che esistesse nella Assunta G.

Scorrendo i casi riferiti ci si può persuadere, come una epilessia jacksoniana uremica possa talvolta esplodere senza che si notino i prodromi dell'intossicazione: l'insorgere improvviso dei sintomi quale si ebbe nel caso nostro dunque non sarebbe sufficiente ad escludere tale interpretazione. Però noi nou trovammo nel cervello quelle lesioni che sono state qualche volta descritte in casi simili.

E tanto più è significante il non averle osservate qui, dove esisteva già nel cervello, e proprio dal lato opposto a quello in cui si esplicava la convulsione, una spina capace di richiamar li una localizzazione anatomica morbosa. Esistono, è vero, dei casi in cui ad una convulsione a tipo Bravais-Jackson dauremia. segui un reperto anatomico affatto negativo per il cervello.

Può essere che anche nella nostra paziente la intossicazione uremica abbia determinato da sola il quadro sintomatologico che noi presenziammo. senza che essa lasciasse traccia alcuna rilevabile di una azione esercitata sulla corteccia della zona motrice.

Bisognerebbe allora ammettere che la presenza del glioma non costituisse che un semplice reperto accidentale, una lesione, che rimasta latente fino allo svolgersi della sindrome osservata. non avrebbe avuto parte alcuna nella determinazione del quadro clinico.

Noi però di sentiamo piuttosto restii ad accor-

⁽²⁾ Carpentier.-- Presse médicale belge», 1880. (8) Jaccoud.—«Cl. med. de la Pitie«, pag. 298,1885-

⁽⁴⁾ Eichhorst.—Trattato di [patologia speciale medies.

⁽⁵⁾ Chantemessee Tenneson. — « Révue de Mèdecine . 11 novembre 1886.

⁽⁶⁾ Chauffard. «Arch. gen. de Med. » 1887.

dare il valoro di una pura casualità al reperto anatomo patologico del sistema nervoso, tanto più che la localizzazione del neoplasma in rapporto ai fatti clinici che collateralmente si svolsero, si offre sotto una forma troppo suggestiva, perchè noi possiamo rinunziare alla ricerca ulteriore di eventuali connessioni patogenetiche le quali colleghino la presenza del tumore all' epilessia parziale.

Vogliamo qui alludere al modo speciale di presentarsi della forma jacksoniana della nostra malata. L'essere essa limitata al lato sinistro, il cominciare dall'arto superiore, e di li diffondersi successivamente alla faccia e quindi all'arto inferiore, secondo lo svolgimento classico della sindrome in discorso, facevano pensare che la le sione, qualunque si fosse (poichè la storia non era tale da poterci illuminare bastantemente su questo), risiedesse nell'emisfero cerebrale destro, in corrispondenza della parte media delle circonvoluzioni centrali, o nel piede della 2ª frontale.

E la lesione cerebrale, difatti, esisteva, nello emissero destro, ed all'altezza suppoeta, ma molto più in avanti delle circonvoluzioni ascendenti distante circa 5 cm. dal solco di Rolando. A questo punto, ci sembra opportuno ricordare alcune osservazioni cliniche ed alcune ricerche sperimentali che riescono forse a rischiarare un poco il meccanismo patogenetico della forma presentata dalla Assunta G.

Esiste nella letteratura un certo numero di casi in cui una lesione abbastanza lieve dei lobi frontali (tumore, traumatismi, ecc.), determino l'insorgere di accidenti di epilessia generalizzata, in individui per lo più ereditariamente o soggettivamente assai tocchi nel sistema nervoso: ricordiamo in proposito i casi di Algeri (1), di Gowers (2), di Roncoroni (8), ecc.; a spiegazione di essi si invocò da un lato la diminuzione di quei poteri inibitori (che studi recenti tendono a localizzare per la maggior parte dei lobi frontali), i quali regolano e distribuiscono lo svolgersi coordinato dell'energia raccolta nelle cellule cerebrali, e si invocò dall' al-

cutivi a trauma sul capo di un delinquente ; « Rivi-

tro l'irritabilità anmentata di quelle stesse cellule. In quest'ordine di casi rientra forse, e si avvicinerebbe per ciò molto al nostro, quello di Moeli da noi già citato.

Vi sono inoltre dei fatti sperimentali (Brown-Sèquard (4), Roncoroni (5)), dai quali risulta che una lesione dei lobi frontali, capace di abolirne la funsione, aumenta la eccitabilità della zona motrice dello stesso lato, onde uno stimolo che applicato su questa zona in condizioni ordinarie non produce la scarica dell'energia accumulata in essa, è invece capace a cagionarla quando sia sottratto, ad esempio con l'asportazione, l'influenza tonica inibitrice esercitata su di essa dal lobo frontale.

Davanti a questi dati sperimentali ed ai casi clinici ora riferiti, noi ci siamo domandati se un meccanismo simile potrebbe renderci comprensibile la sindrome presentata dalla nostra paziente. Tentando così di fare ugualmente intervenire nella produzione dei fenomeni morbosi la lesione a focolaio del cervello e la grave complicansa renale con la conseguente uremia; si potrebbe pensare che da una parte il tumore avesse posto fuori di azione un territorio incui risiede una certa somma di quei poteri che regolano la scarica dell'energia nervosa dei centri motori, e d'altra parte l'intossicazione avesse fatto scattare la forma di epilessia parziale per l'irritazione da essa indotta ugualmente a destra come a sinistra, ma più risentita a destra dove è maggiore la eccitabilità per la lesione della zona inibitrice.

E una semplice ipotesi questa che noi esponiamo, rendendoci perfettamente conto delle difficoltà che pesano sulla interpretazione di certi fatti di patologia nervosa, o della delicatezza di giudizio con la quale bisogna procedere in proposito.

Tale ipotesi avrebbe, per altro, il vantaggio di render più comprensibile il meccanismo di produzione di una epilessia jacksoniana, che il tumore o la nefrite, isolatamente considerati, con molta difficoltà sarebbero capaci di spiegare.

Rimane ancora, però, un punto assai oscuro nella storia del nostro soggetto, il quale merita una parola di commento: vogliamo dire la natura di quella gravissima alterazione renale.

colta nelle cellule cerebrali, e si invocò dall' al
(1) Algeri. — Epilessia e disturbi mentali conse-

sta di Freniatria e Med. leg.», pag. 287, vol. XIII, 1887.
(2) G o w e r s.— Manuale delle malattie del sistema nervoso. Edis. Ital. pag. 548.

⁽⁸⁾ Roncoroni. — Le lesioni delle aree corticali extrarolandiche come causa dell'epilessia « Giornale della R. Accad. di Torino ». Vol. XLI. fasc. 3, 1895.

⁽⁴⁾ Brown-Sèquard,—« Compt.rend. de la Societ de Biol. », 1895.

⁽⁵⁾ Roncoroni.—Genesi fisiologica della epilessia « Arch. di Psichiatria», 1898.

Nella storia, nulla che ci illumini a questo proposito: nessun disturbo prima del cominciare delle convulsioni, cha aprirono e chiusero il breve ciclo della malattia. La donna non si era esposta a cause reumatiche, e d'altra parte non è quello il modo di cominciare, di svolgersi, e di terminare di una nefrite da raffreddamento: non sono quelle le lesioni che si riscontrano in una nefrite reumatica.

Era dunque una forma batterica?

Non era preceduta alcuna malattia infettiva, nè di questa si rinvenne nel cadavere segno alcuno: e batteri non si trovarono nel sangue, dove pure avrebbero dovuto essere, se si ammette una tal forma, poichè dal sangue, e non per altra via, potevano giungere nel rene; e batteri non si trovano e non si vedono nei preparati microscopici dell'organo, colorati coi metodi più adatti a dimostrare i microrganismi.

Non resta che la forma tossica. Ma di qual genere l'intossicazione? Etero- od auto-intossicazione? Ecco una domanda alla quale non ci sentiamo capaci di rispondere, poiche non abbiamo una prova sicura che sia stata l'una o l'altra. Mancavano precedenti morbosi, mancavano alterazioni anatomiche, che potessero portare un po' di luce. Un dubbio però ci si affaccia. La donna negli ultimi giorni, e fino, si può dire, a poche ore prima di entrare nell'Ospedale, era stata ad assistere un giovane operato di cura radicale di ernia: per le necessità delle medicature erano sempre pronti nella camera dei recipienti con soluzioni di sublimato corrosivo. Potrebbe la donna, o per errore, o a scopo suicida, averne bevnto: poco dopo sarebbero insorti i fenomeni a carico del rene, che in si breve tempo la condussero a morte.

In mancanza di meglio, questa origine della nefrite si potrebbe invocare. Non ci nascondiamo però, che da quello che risultò alla necroscopia, e da quello che si era riscontrato in vita, non parrebbe verosimile questa spiegazione. Non c'era stata stomatite a casa, e non ci fu quando noi esaminammo la donna all'Ospedale, nè fu trovata alla autopeia: non ci furono in vita disturbi a carico dell'apparato intestinale, ed al tavolo anatomico non si videro quelle lesioni del colon, che insieme alla stomatite ed alla nefrite costituiscono, per così dire, il tripode anatomo-patologico della intossicazione mercuriale. Ma forse questo si potrebbe spiegare ricordando che quel rene era già stato altra volta malato, come lo attesta l'inspessimento delle capsule del Bow-

m a n n, e, l'aumento del connettivo intertubulare il veleno avrebbe spiegato la sua azione esclusivamente su quell'organo che, per la malattia già subita, si trovava inistato di minor resistenza: la dose del sale di mercurio che non era stata capace di dare stomatite, e colite, avrebbe per la ragione detta, potuto produrre una nefrita tanto grave da uccidere in pochi giorni l'Assunta G. Fatti di tal genere, ed in questa, ed in altre intossicazioni, sono già stati osservati e descritti.

Però, anche l'esame istologico del rene non ci conforta troppo nella nostra supposizione. Non ritrovammo nei tubuli retti quei depositi calcarei che sono quasi patognomonici della nefrite idrargirica: mancava assolutamente la glomerulite che Neuberger (1), Kaufmann (2) ed altri, qual più, qual meno intensa hanno osservato; solo la gravezza, e l'estensione, e la modalità della necrosi epiteliale nel caso nostro, appoggerebbero l'ipotesi della nefrite mercuriale, ma questo è troppo poco. E nel caso di Barbacci (8), in cui pare si trattava di un avvelenamento acuto per sublimato in un soggetto che aveva già nefrite cronica, le lesioni erano molto diverse da quelle che noi abbiamo constatato.

La ipotesi sopra emessa ha quindi ben poca probabilità di rappresentare il vero, ed anche da questo punto di vista il caso nostro riesce di spiegazione tutt'altro che facile: ed un nuovo punto interrogativo si aggiunge agli altri. Terminando, ci sentiamo qui il dovere di ringraziare il prof. Gui do Baccelli, che ci dette modo di studiare nel suo reparto il caso da noi riferito, e di eseguire nel suo laboratorio di Anatomia Patologica le ricerche opportune, e che ci è stato prodigo di consigli e di aiuto presioso nella compilazione di questa nota.

⁽¹⁾ Ueber die Wirkung des sublimats auf die Niere ecc. « Beitr. z. path. Anat. v. Ziegler; VI. 1889.

⁽²⁾ Die Sublimat-intoxication. Berl. 1888 e • Virch. Arch. > Bd. 117.

⁽⁸⁾ Contributo anatomico e sperimentale allo studio eco. « Lo Sperimentale», XLV, 1891.

LE CLINICHE FRANCESI

Clinica chirurgica di Parigi (dott. Demoulin).

La diagnosi delle lesioni traumatiche addominail.

Quando si è in presenza di un infermo affetto da una contusione dell' addome, bisogna subito domandarsi se questa contusione si accompagna o no ad una lesione viscerale, cioè, alle volte, è diciamolo subito, un problema insolubile nel momento, in cui l'accidente si è prodotto, o anche nelle ore successive. Difatti, per poco che la violenza traumatica ha avuto una certa intensità, le contusioni dell'addome si accompagnano spesso a chok (pallore del viso, piccolezza del polso, sudori freddi) e questo stato si mostra tanto nelle contusioni superficiali, che interessano la sola parete, quanto in quelle profonde che interessano i visceri addominali.

Il grado della contusione, preso isolatamente non ha alcuna importanza: un traumatismo violento può limitare i suoi effetti solamente alla parete: una contusione meno intensa può interessare i visceri. Sul riguardo Michaux così si è espresso: Le lesioni viscerali nella contusione addominale non sono sempre, come si potrebbe credere a prima vista, proporzionali alla causa che le hanno prodotte.

Qualche autore ha affermato che nelle contusioni superficiali, lo stato di chok non è di lunga durata: numerose osservasioni hanno dimostrato che esso può sparire assai rapidamente, anche quando esistano lesioni viscerali assai gravi; ciò non ostante quando si ha sotto osservazione un infermo, che presenta un polso piccolo, frequente, coincidente con un abbassamento progressivo della temperatura, bisogna sospettare una lesione viscerale importante, con emorragia interna. Ciò appunto è quello che a preferenza si osserva nelle estese rotture del rene, del fegato e della milza: bisogna, nella diagnosi delle contusioni addominali, cercare di precisare la circostanza nella quale l'accidente ha avuto luogo, e sforzarsi di scovrire il punto d'azione della violenza; ciò è facile nei casi ove esistano delle ecchimosi, delle graffiature delle pareti, ma sventuratamente non è sempre così, i visceri possono essere interessati in una caduta da un luogo elevato, senza che le pareti addominali abbiano sofferto alcuna violenza diretta.

Questi sono i casi di diagnosi spinosa.

Ad ogni modo bisogna tener conto di tutti i segni che si potranno raccogliere; non è una perdita di tempo il domandare alle persone che accompagnano l'infermo, o all'infermo medesimo, quando questi è in grado di rispondere, se esso ha perduto i sensi, dopo quanto tempo è rinvenuto, se ha avuto vomito o evacuazione con sangue.

Qualunque sia il punto in cui si è avverato il traumatismo, il clinico esatto dovrà sempre ricercare i segni di un versamento sanguigno dell'addome; ricerca difficile sia per il gonfiore doloroso del ventre, sia per le contratture dei mu- cateterismo ; 2º esistence nella regione lombare

scoli delle pareti. L'ottusità di questo versamento bisogna sempre ricercarla nella regione ipogastrica e nella fossa iliaca destra, però perchè essa si generi è necessario che l'emorragia sia abbondante; spesso è dalla piccolezza del polso, dall'abbassamento della temperatura, dal pallore della faccia, che si fa la diagnosi di emorragia interna, prima ancora che si siano presentati i segni di versamento addominale.

Si conoscono dei casi di emorragia provveniente da una rottura dell'aorta, della iliaca primitiva, della cava inferiore, della splenica, dei vasi dell'ilo del rene, delle mesenteriche, delle epiploiche, in cui la diagnosi d'origine dell'emorragia si fece semplicemente al tavolo anatomico, non esistendo sintomi che permettessero di far conoscere il vaso leso; si poteva semplicemente fare la diagnosi generica di emorragia interna.

Così la rottura del fegato e della milza, alle volte non possono essere che sospettate, tenendo conto della sede del traumatismo, del dolore più o meno vivo, localizzato al loro livello.

Rispetto al fegato, si è detto che il dolore è molto caratteristico; quando si irradia al lato destro e alla spalla, indica una lesione della faccia convessa; se si propaga verso l'ombelico, indica una lesione della faccia concava; si è insistito ancora sull'ittero che sopravviene circa in un quarto dei casi, verso il secondo giorno, e che è raramente un sintoma iniziale, e sulla giucosuria transitoria.

Questi sono segni che sono utili a conoscersi, per poterli ricercare, ma che in ultima analisi non hanno che un mediocre valore.

Riguardo alle contusioni della milza, Verneu i l ha detto che si può far la diagnosi della contusione semplice di questo viscere (contusione senza rottura), dal dolore della regione splenica, alle volte vivissimo, spesso sordo, irradiantesi all'addome e all'arto inferiore sinistro, e dalla febbre a tipo intermittente quotidiano.

Nelle contusioni gravi, che si accompagnano a rottura, la morte può essere fulminea, o venire una o due ore dopo l'accidente; essa è causata dalla emorragia interna; la vita può anche prolungarsi per qualche giorno, senza esservi nulla di caratteristico nel quadro sintomatico.

A parte del dolore particolarmente localizzato al fianco e all'ipocondrio sinistro, null'altro si osserva di caratteristico, tranne che dei sintomi di reazione peritoneale, che, riuniti con i segni di emorragia interna iniziale, permettono di sospettare la lesione della milza.

Berallier ha insistito sulla tinta ecchimotica dell'addome e della regione lombare; noi non abbiamo osservato questo segno, in un caso recente in cui abbiamo fatto una laparotomia per rottura completa della milsa, consecutiva a una frattura con avvallamento delle ultime costole.

In un gran numero di casi, è possibile la diagnosi di contusione renale. Essa si basa su due segni: 1º ematuria apontanea, o, in sua assenza, presenza di sangue in vescica, riconosciuta col do il punto di azione della violenza chiamerà la attensione sul rene, bisognerà sempre praticare il cateterismo della vescica; l'urina, quantunque chiara, dovrà essere esaminata al microscopio. che, mostrando la presenza di globuli sanguigni in questo liquido, permetterà di fare la diagnosi di contusione renale benigna, diagnosi che sarà confermata come nella contusione grave da una oliguria persistente durante i primi giorni,

Non è parimente possibile il diagnosticare la contusione semplice della vescica; si è detto bene, che in simile caso la minzione è facile, dopo l'accidente, che l'urina emessa è in quantità normale, più o meno tinta di sangue, e che a capo di qualche giorno l'ematuria cessa: ma si legge in altri autori, che vi può essere oliguria, per riflesso vescico-renale; ora l'ematuria, l'oliguria si riferiscono benissimo alla contusione renale; non è quindi che il punto d'asione del traumatismo che permette di stabilire la diagnosi.

Per ciò le contusieni semplici della vescica sono assai male conosciute, ausi noi crediamo che esse non possano essere riconosciute clinicamente.

Quando una contusione si è prodotta sull'ipogastrio o sul bacino, è naturale il pensare immediatamente a una lesione della vescica, e specialmente a una rottura di quest'organo.

Bartels riconosce tre modi di traumatismo della vescica: 1º rottura per urto dell' individuo su di un corpo resistente; 2º rottura per un urto di un corpo sulla regione ipogastrica, un colpo di bastone nella maggior parte dei casi; 8º rottura per pressione diretta di un corpo pesan-

In quest' ultimo caso specialmente le fratture del bacino sono frequenti; si sa che in queste fratture, se si tratta di un urto trasversale, la cintura pelvica si rompe in vicinanza del pube, e i frammenti, spinti verso l'interno, vanno a perforare la vescica; al contrario, in un urto antero-posteriore, così forte da disunire la sinfisi. si interesseranno i ligamenti anteriori della vescica, e quest'organo si straccerà.

Quando si ha un caso di frattura del bacino, è ragionevole pensare a una rottura della vescica, se si hanno in iscena i seguenti sintomi: voglia frequente d'urinare, non seguita da emissione, o seguita qualche volta da emissione di qualche goccia d'urina, commista a sangue; assai spesso, tenesmo anale; alle volte presenza nella regione ipogastrica di una tumefazione, simulante la vescica, tumefazione che sarà asimmetrica, se la rottura è estra-peritoneale, simmetrica al contrario se è intra-peritoneale.

Questi segni invitano a praticare il cateterismo, che mostra la vescica vuota, o contenente una piccola quantità di liquido sanguinolento; tali risultati negativi del cateterismo sono di una grande importanza, specie quando si constata che il becco della sonda sorpassa i limiti vescicali, entra in un'altra cavità, dove si muove liberamente.

Bartels descrive molti casi di questo genere,

di un tamore o di un espandimento diffuso. Quan- in cui la diagnosi fu stabilita in questo modo. Il cateterismo dovrà essere praticato con uno strumento metallico, combinato con la palpazione addominale e con la esplorazione rettale; in quei casi in cui si riconosce il becco del catetere, sia immediatamente sotto la pelle, sia in contatto con la parete rettale, la diagnosi, si capisce benissimo, è sicurissima.

E possibile il dire se la rottura è intra- o estraperitoneale? Se il cateterismo ripetuto dà luogo ad ascita di un getto di urina, che scorre lentamente e la cui forza varia con i movimenti respiratori, si potrà pensare ad una rottura intra-peritoneale; i segni di una peritonite acuta, che non si iniziano mai prima dei terzo giorno, permettono poi di stabilire la diagnosi di sede della rottura.

La tumefazione nettamente prevescicale, l'indurimento de tessuto peri-vescicale, constatabile con l'esplorazione rettale, devono far credere ad una rottura extra-peritoneale, che si riconoscerà in seguito coi segui di una infezione del cellulare sotto-peritoneale.

Da ciò che fino adesso ho esposto, si vede che alle volte le lesioni di qualche viscere dell' addome, in seguito alla contusione delle pareti, possono essere diagnosticati.

Ciò è possibile per il tubo digestivo?

Se un traumatismo nella regione dello stomaco in pieno lavorio digestivo, è rapidamente seguito da vomito sanguinolento, è permesso di pensare ad una lesione di questo viscere, come la presenza di fecce sanguinolenti, permette di sospettare la lesione intestinale.

Quando appena dopo l'accidente, cominciano delle nausce e dei vomiti, che aumentano di frequenza, con pallore del viso, polso piccolo , ten-denza al raffreddamento e al collasso, con dolore addominale fiero e localizzato, se vi si aggiunge una timpanite con scomparsa dell'area epatica, si può diagnosticare, quasi con sicurezza, una lacerazione intestinale.

La timpanite è patognomonica, e recentemente da Senn è stato proposto, di farla produrre artificialmente, per assicurare la perforazione, insufflando dell'idrogeno nel retto dei feriti. Sventuratamente essa è incostante, sia rispetto alla sua esistenza, sia rispetto al suo modo di comportarsi.

È necessario per ciò di aspettare i fenomeni di peritonite, per stabilire una diagnosi sicura di perforazione intestinale.

Sul riguardo bisogna notare che la peritonite non offre alcuna regolarità, sia rispetto alla comparsa, sia rispetto al decorso, e che se la rottura dell' intestino implica la peritonite, questa, al contrario, non implica assolutamente la perforazione.

Per ciò noi non esitiamo a dire che il solo meszo per fare la diagnosi di una lesione viscerale grave, consecutiva a una contusione dell'addome, è la laparotomia esplorativa.

Fino adesso noi ci siamo intrattenuti sui fatti che si possono osservare nel primo momento in cui giunge il chirurgo, nel momento immediatamente dopo l'accidente, o nelle ore consecutive, in cui però l'infermo è nel periodo di chok.

Spesso si vedranno apparire, assai rapidamente, dei sintomi di reazione peritoneale; più tardi si formeranno delle raccolte purulente, degli ascessi stercoracci o delle fistole pio-stercoracce, ecc., secondo la natura delle lesioni primitive. Noi non oi fermeremo su questi diversi esiti delle contusioni addominali, complicanti le lesioni viscerali; il solo punto interessante è di fare una diagnosi precoce per quanto più è possibile, perchè è da essa che dipende la vita dell' infermo.

Le contusioni superficiali, gli ematomi, le rotture muscolari delle pareti dell'addome, non pre-

sentano sintomi speciali.

Le larghe ferite dell'addome, prodotte da strumenti laceranti e contundenti (colpi di corna, ecc.), sono di facile diagnosi; basta semplicemente guardare, per dire se esse sono limitate alla parete, o se sono penetranti.

Nelle ferite atrette, la diagnosi di penetrazione s'impone, quando si osservano delle ernie viscerali (intestino, epiploon) l'uscita dalla ferita delle materie intestinali (gas, ascaridi lembricoidi, ecc.)

Nell'ernie epiploiche o intestinali non bisogna esitare, per completare la diagnosi, di fare lo sbrigliamento della ferita, allo scopo di procedere all'esame del peduncolo dell'organo che può essere ferito; l'istesso bisogna fare in caso di emorragia abbondante; è il principio di una laparototomia, che sarà necessario in seguito completare, per impadronirsi del vaso aperto.

Tranne questi casi rari, la diagnosi di penetrazione nelle ferite strette è spessissimo impossibile, sia che esse siano prodotte da strumento da punta, o da punta e taglio, o ancora da una palla di rivoltella (ciò che si è al caso di osservare frequentemente nella pratica civile). Lo stato di chok pronunziato e sopratutto prolungato, deve fare sospettare una emorragia interna; è utile di ricercare eon la percussione sull'ipogastrio e sui fianchi, se vi è qualche versamento addominale, ma lo chok in queste ferite, come nelle contusioni, può avverarsi anche con emorragie insignificanti, specie nelle ferite da rivoltella.

Ad ogni modo, quando si è in presenza di una ferita stretta della parete anteriore dell'addome, senza che alcun sintoma riveli la penetrazione, considerando la grande estensione del tubo digerente, nasce naturale il sospetto di una lesione di questo organo.

Quali sono i segni che permettono di riconosceria?

Noi crediamo che quando si è chiamati nelle prime ore che seguono l'accidente, bisogna tenere in gran conto la contrattura muscolare delle pareti addominali, contrattura specialmente pronunsiata a livello della ferita; questo seguo non ci è mai mancato nei casi assai numerosi, in cui la laparotomia ci ha mostrato una perforazione intestinale.

Secondo Jobert, si attribuisce una grande importanza alla timpanite; bisogna però intendersi su questo termine: la timpanite è il risultato dello spandimento di gas dal tubo digestivo nella cavità peritonale; questo spandimento si traduce con una sonorità superficiale, rilevabile alla percussione. Quando la timpanite è generalizzata, cioè quando essa occupa tutta la cavità peritoneale, è impossibile distinguerla dal timpanismo, che risulta dalla distensione dell'anse intestinali; allora la contrattura dei muscoli della parete, contrattura dolorosa, impedisce sovente la percussione dell'addome; però come è necessario, il risultato pratico sarà, che non si potrà distinguere la timpanite dal timpanismo.

Le timpanite localizzate, al contrario, non sembra avere una grande importanza. Essa si manifesta con una sona di sonorità, che sostituisce l'ottusità normale della regione epatica. Flint, Bryant, ed altri chirurgi, accordano un grande valore alla timpanite localizzata; Sennè di parere contrario; egli propose di fare produrre artificialmente la timpanite generalizzata, che è sicuro sintoma di perforazione intestinale.

Questo processo assai strano di diagnosi, non ha avuto grande applicazione nella pratica; può esser causa di accidenti spiacevoli, ed è assai infedela.

Nella massima parte di casi di ferite strette, si è dunque costretti a rimanere in dubbio, rispetto alla penetrazione e alla lesione intestinale; bisogna aspettare un tempo più o meno lungo per giovarsi dei sintomi di reazione peritoneale.

Per le ferite degli altri viscari dello addome (fegato, milsa, reni, vescica), quando la ferita esterna è larga, la diagnosi è facile, quando questa è stretta la diagnosi spessissimo è impossibile.

Come per la contusione, in questi casi, i sintomi di chok, di emorragia interna, dominano quasi sempre la scena; la sede della ferita, la raccolta fra i margini di essa di una grande quantità di sangue, devono farci sospettare la lesione di un organo, molto vascelarizzato (fegato, milza, reni).

Quantunque in questo genere di lesioni sia permesso il sondaggio asettico, tuttavia non è facile di indicare fin dove l'istrumento vulnerante sia penetrato, e per ciò se la sede della ferita si trovi nel parenchima del viscere, o nei vasi del suo ilo, o nei grossi vasi vicini.

I segui della ferita della milza sono quelli di una profusa emorragia; abbiamo accennato adesso quanto sia oscuro questo segno, per una diagnosi di sede; la sola manovra razionale per conoscere le lesioni di quest' organo è lo sbrigliamento della ferita, ciò che equivale ad una laparotomia esplorativa.

Per il fegato è l'istesso; alcuni autori attribuiscono una grande importanza allo scolo della bile dalla ferita, e ne fanno un sintoma patognomenico delle lesioni epatiche. Senza dubbio una larga e profonda ferita di questa ghiandola da luogo ad uno scolo di bile, perchè i grossi canali escretori di questo liquido sono stati aperti, ma la loro ferita non è scom pagnata da quella dei grossi Aasi sanguigni, e la emerragia produrra

la morte del pasiente, prima che si sia potuta constatare la presenza della bile nel sangue.

Lo scolo biliare si è osservato raramente, ed è proprio delle ferite dei grossi canali escretori dell'ilo o della vescichetta, anxiochè del parenchima epatico.

Nelle ferite del rene, il solo sintoma che dobbiamo aggiungere a quelli già mensionati, nel descrivere la contusione di questo viscere, è lo

scolo dell' urina dalla ferita.

Questo scolo è raro nelle ferite da taglio (5° lo dai casi), più frequente nelle ferite d'arma da fuoco (un quarto dei casi); seso è proprio delle ferite del bacinetto o dell' uretere, anxiochè del parenchima renale.

Le ferite della vescica sono di diagnosi facile, quando l'urina scola dalla ferita; quando manca questo segno, le sofferenze dell'infermo devono richiamare l'attenzione del clinico, e invitarlo a praticare il cateterismo; la pretenza di poche gocce di urina sanguinolenta è un segno sicuro di lesione di quest'organo.

La disgnosi può rendersi sicura usando l'esplorasione combinata della ferita della vescica, per messo di un catetere introdotto per l'uretra, e di una sonda metallica pel tramite della ferita.

Se l'ammalato trionfa dello stato di chok, che si produce frequentemente nelle ferite addominali penetranti, se si risolve, la diagnosi della lesione di questo o di quell'altro viscere, che nen è stata possibile di stabilire nell'inisio, non lo sarà spessissimo dopo, perchè si sa benissimo che le lesioni gravi dell'intestino, del fegato, ecc., possono guarire sensa intervento, e sensa mostrare dei sintomi consecutivi, adatti ad illuminare il clinico.

La diagnosi delle affesioni traumatiche addominali, frequentemente è assal spinosa, per il nu meto degli organi ivi contenuti, e per la frequensa delle lesioni complesse. In tutte le ferite penetranti nella parte superiore dello addome non bisogna trascurare mai l'esame della cavità toradica; addome e torace si compenetrano, ed esistono numerose osservazioni, in cui i visceri toraciei, furono feriti contemporaneamente a quelli addominali (L'Unione mèdicale, nn. 50,-51, 1896).

Pollaci

NEUROPATOLOGIA

Saila differenza anateme-pateiegica fra degenerazioni sistematiche primarie e secondarie dei midelle spincie. Vascale. — Tanto in clinica che in pateiogia, è stabilita nettamente la differenza, rispetto alla causa, fra degenerazione primaria e secondaria dei vari fasci di fibre del midello spinale. La degenerazione sistematizzata secondaria è dovuta, come la walleriana, ad una lesione a fecolaio che intercetta la comunicazione dei vari fasci di fibre coi rispettivi centri trofici, o distrugge quest' ultimi. La degenerazione sistematizzata primaria, invece, ha un' origine tossica

(veleni endogeni ed esogeni) e in essa dati fasci di fibre nervose sono primariamente colpiti.

Secondo l'autore, il processo istologico di queste due specie di degenerazioni, è essenzialmente diverso.

Nelle degenerazioni secondarie, si svolge, tanto nella guaina mielinica come nel cilindrasse, un grave processo distruttivo, che conduce ben tosto alla scomparsa delle fibre nervose, e in seguito ad ipertrofia ed iperplasia ez ezceo della nevroglia, che va a sostituire gli elementi nervosi distrutti. Queste alterazioni sono rilevabili, nella prima fase, regressiva, per mezzo del metodo di Marchi; nella 2ª fase, di sclerosi, per mezzo del metodo Weigert-Pal, col quale, non resta colorata la nevroglia, mentre sono colorate in nero le fibre nervose.

Nelle degenerazioni sistematiche primarie si ha soltanto un'atrofia più o meno lenta delle fibre nervose, con graduale scomparsa dalla guaina mielinica, persistendo il cilindrasse, se non sempre, certo per lunghissimo tempo. Ed è per ciò che il metodo di Marchi non rivela tale alterazione, e neanche il metodo di Weigert Pal, almeno per molto tempo, cioè fino a che lentamente non si svolge l'iperplasia della nevroglia. Piuttosto si può constatare tale alterazione macroscopicamente nei pessi che sono stati in bicromato per 8.5 mesi, giacchè i fasci di fibre mieliniche lese si presentano di un giallo più pallido di quelle normali. Col tempo (1-2 anni) questa differenza di colorazione scompare, e le fibre less non si distinguono, più ad occhio nudo, dalle sane. Altri metodi di colorazione però mostrono che queste fibre sono realmente lese e questi sono: la safranina secondo Adamkiewicz, il carmallume di Mayer, la nigrosina all'1 % io, l'azolitmina in soluzione concentrata: con essi, nella zone degenerate, si ha una modificazione di colorabilità tanto della mielina che del cilindrasse, e un assottigliamento della mielina, la quale ben tosto per le la sostanza cromatica. Nelle sesioni longitudinali, nei preparati per dilacerazione , si vedono inoltre ingrossamenti nodali del cilindrasse.

Queste cosidette degenerazioni primarie, essendo, invece, semplici atrofie sistematiche, possono per ciò scemare di intensità e scomparire quando venga a scemare o a scomparire la causa tossica, che le aveva prodotte, quando però il processo di atrofia non sia troppo avanzato.

Riguardo alla questione, se tale atrofix delle fibre nervose sia primaria o secondaria ad una alterazione trofica delle rispettive cellule d'origine, l'autore, pur non escludendo quest'ultima possibilità, asserisce che nulla impedisce di pensare che dati fasci midollari, alla stessa guisa dei nervi periferici, possano, in seguito ad una causa tossica, esser primitivamente colpiti da atrofix (Rivista speriment. di freniatria e med. legale fas. II, 1896).

LA SCOPERTA DI ROENTGEN

l raggi di Roentgen applicati allo studio deli' apparate cardio-vascelare; osservazioni e considerazioni fatte nel gabinelto di Roentgen. Moritz Benedikt osservando il diaframma con la illuminazione Roentgen, potènotare che la sue velta è variabile ad ogni momento. Nell'osservazione dei rapporti del cuore dei bambini col diaframma, vide egli che l'asse del primo é, quasi come una perpendicolare. La metà destra del cuore giace sul diaframma. La parte più sottile del cono con la punta, nuotano nella massa aerea del polmone, che si osserva quale parte rotonda od ovale tra questa parte del cuore ed il diaframma. Nel cuore di individui adulti, l'asse del cuore inclina più verso dietro e si vede che la superficie libera, nell'inspirazione profonda si dilata verso lo sterno, immettendosi in questo momento, maggiore estensione di polmone tra il cuore ed il diaframma.

Il cuore destro rimane, anche qui, sempre poggiato sul diaframma. Nel cuore, patologicamente ingrandito, specialmente a spese del ventricolo sinistro, l'asse del cuore si abbassa ancora più e la punta del medesimo è appena ancora sospesa nella massa polmonare, nella inspirazione profonda soltanto un pezzetto di polmone s'immette tra i due organi.

L'autore ha potuto ancora con tale illuminazione vedere, che le contrazioni delle singole parti del cuore non sone sempre identiche.

Coll' aiuto dei raggi X è resa più facile la diagnosi degli aneurismi della cavità toracica, come ha potuto constatare l' autore, il quale ebbe a convincersi dell' utilità di questo mezzo diagnostico in due casi di aneurisma dell'arco dell'aorta con contemporaneo struma, ed in altri quattro casi, in cui la diagnosi non sarebbe stata possibile coi comuni mezzi diagnostici.

Coll' illuminazione Roentgen, riesce facile la diagnosi degli aneurismi dei grossi vasi contenuti nella cavità toracica ed addominale, diagnosi che è resa talora difficile nel caso di contemporanea presenza dei vizi valvulari. L'illuminazione Roentgen ha ancora il vantaggio di una diagnosi più pronta di quella che può farsi coi meszi sinora in uso, coi quali si può stabilire la dilatazione saccata, solo quando essa sia di molto progredita.

L'autore ha sperimentato anche l'uso dei raggi X nell'asma diurno.

La mammella è, secondo le ricerche dell'autore, impenetrabile in raggi X, e per ciò costituisce uno ostacolo all'osservazione esatta della punta del cuore. Lo struma dà anche un' ombra intensa, che può servire a far vedere quando tale neoformazione penetri nel torace; lo stesso dicasi dei neoplasmi, sia che essi abbiano sede nel torace, sia che si siano svolti in altre regioni (Wiener medic. Wochenschrift, n. 59, 1896).

Scaalioei

NOTE DI PRATICA MEDICA

Montereale degli Abbruzzi, decembre 1896

Un caso di poimonite dell'aploe

D. Darantini, di Cabbis, contadino di oltre 70 anni, visse sano e robusto fino all'attuale malattia, che lo colpi improvvisamente un giorno in campagna. Era un pò sudaticcio dal lavoro; quando sopraggiunta un pò di pioggia, pensò di ricoverarsi sotto un albero, ed ivi si addormento. Svegliatosi, non si senti più bene, come prima, tremava a verga a verga e, nello sforso di alsarsi per tornare in paese, ricadde a terra svenuto, malgrado la età, è di floridissima costituzione; medicore sviluppo scheletrico, masse muscolari sviluppate; qualunque decubito gli è indifferente; non ha glandule ingorgate, nè cicatrici sul capo; la lingua ha impatinata e si lagna di sapore cattivo; discreta è la sete, pressochè nullo lo appetito; respirazione 28; polso 90, con intermittensa, ma pieno e forte; non ebbe convulsioni, né presenta ombra di paralisi o di contrattura, non deviazione dell'asse visivo, ne ptosi, ne lagoftalmo: non indebolimento dell'accodazione, nè alterazione del riflesso pupillare; sporge bene la lingua e la parola ha facile come di consueto; la mimica del volto è la solita. Nulla di anormale negli organi dei sensi; vi è poca cefalalgia; temperatura 89.º Escluso ogni sospetto di malattia del sistema nervoso, rassicurai di ciò i parenti, ed andando avanti nell'esame, trovai: itto cardiaco al 6º spazio ed un po' scuotente, alquanto allungato il diametro verticale dell'aia; leggermente modificato il 1º tono alla punta; un po'aspro il tono della sistole sul focolaio aortico: nessun accenno di edema. Normali gli organi del respiro, il fegato, la milza e le funzioni urinarie; lieve costipazione, un po' di dolentia all'epigastrio. Assenza di elementi chimici patologici nelle urine. Lo stato dell'infermo mi fa una favorevole impressione, annunzio buona la prognosi e, prescritto un generoso purgante, me ne vado, nella certezza che l'indomani sarebbe tutto finito con una abbondante evacuazione. Ma così non fu, chè, malgrado copiose e fetide scariche avvenute già prima del purgante, l'infermo si aggravò notevolmente: depresso ha il sensorio, e a stento risponde e rifluta il brodo ed il latte: le labbra sono aride, la lingua è secca; la temperatura oscilla fra 89°,5-40°C. Nella notte era sopravvenuto un secondo accesso di lipotimia, con completa risoluzione muscolare, polso filiforme, sudori freddi, sopore, togliendo alla famiglia ogni speranza di lui. Panto soddisfatto del primo esame, vi torno sopra di bel nuovo, e dopo lunghe e minute indagini, scopro finalmente una lieve ipofonesi nelle fosse sopra-spinosa e sopra-clavicolare destre, ma sensa indizio di soffi o di rantoli. Veramente lo inizio brusco del male, nel pieno impero della salute, accompagnato da brivido e seguito da rapida ele. vazione, termica, messo in rapporto con quella sub-ottusità, m'ingenerà tosto il sospetto di una

「養養者の子は必ずにないのである」というは、「ははないできる」というできます。

الله الم

pneumonite crupale, tanto più che sapevo non essere un tossicoloso l'infermo, nè aver dato mai segno di lesione cronica del polmone o della pleura. Però contribuivano a tenermi alquanto sospeso, l'assenza del dolore puntorio, la mancanza di tosse e di escreato e la nessuna presenza di affanno vero e proprio; ma fu breve il dubbio innan≤i ad un po'di riflessione. Primieramente, dicevo io, non è nuovo che nella polmonite manchi il dolore : una volta, infatti, che esso è dovuto alla infiammazione della pleura, è naturale che, qualora il processo resti confinato al centro del lobo polmonare, non essendovi la causa vera del dolore, questo non si senta. Si sa inoltre, che il dolore della pleuro-polmonite si avverte a preferenza nella regione mammaria, perchè compiendo quivi il costato le più ampie escursioni, è quivi che lo attrito fra le due pleure giunge al colmo, ed al solmo giunge pure il dolore; ma quando, al contrario, il processo infettivo si limita solo all'apice, vale a dire a quella regione che, specie nell'uomo, meno delle altre si presta alle esorbitanti escarsioni delle costole, è chiaro che viene a mancare un'altra potentissima ragione di dolore, ed accade che il dolore non s'avverta. Circa l'assensa dell'affanno, ricordavo a me stesso che questo nella polmonite è dovuto ad un doppio ordine di cause locali: da una parte è la messa fuori combattimento di un vasto campo di ematosi, quella che induce, per legge di compenso, aumento della celerità del respiro; dall'altra è il dolore che, ad essere meno molesto, fa si che il paziente renda brevi e superficiali gli atti del respiro, che sempre per la legge suddetta, divengono di necessità più frequenti. Ma qui, nel caso nostro: 1º la epatiszazione era poco diffusa; 2º essa era confinata proprio all'apice, che, anche nello stato sano, suol essere poco ventilato; 8º non essendovi, come si è detto, pleurite concomitante, mancava pure il dolore: non v'era quindi r gione di affanno, che anzi era ovvio piuttosto il pensare che, laddove il euere fosse stato del tutto sano, ed un un po' meno imperiosa, per la cresciuta ossidasione dovuta alla elevasione termica, fosse stata la fame di ossigeno, forse non si sarebbe nemmanco notato quel piccolo acceleramento del respiro. Che non vi fosse poi né tosse ne espettorato, difficilmente poteva recar meraviglia a chi ca quanto rara e stentata sia l'espettorazione nei vecchi, nei deboli e negli alcoolisti, e quanto di sovente soglia mettere a dura prova la inisiativa del curante, che, dinanzi a malati che soffocano, vede con dolore come spesso falliscano le risorse dell'arte: senza contare che, nel caso speciale, la stessa localizzazione dell'apice concorreva ancor essa a rendere meno facile l'espettorazione, per la poca ventilazione a cui questo, per una ragione puramente meccanica, va soggetto. Ond'io, ribaditami così nella mente la diagnosi di pneumonite fibrinosa, non esitai a prescrivere la solita cura a base di alcool e di digitale, alla quale esclusivamente debbo, a mio modo di pensare, se in tre anni di esercizio pratico non ho visto morirmi di polmonite neppure un infermo. Tornsi

a rivedere il Durantini due giorni dopo el fui contento di trovarlo alquanto migliorato del polso. quantunque non della febbre; la zona ottusa, sebbene cresciuta di intensità, rimaneva pur sempre confinata nella sua sede primitiva, e ciò mi era cagione a bene sperare dell'infermo, che perseverò nella siessa cura, alla quale aggiunsi solo larghi cataplasmi senapiszati. Lo rividi dopo altri due giorni e solo allora, prolungando e ripetendo l'ascoltazione, sorpresi qualche rantolo, ma rado e debole assai. Mi confermai sempra più nella diagnosi, e saputo che tre o quattro sputi rugginosi, gli unici in tutti il corso del male, erano conservati in un pannilino, volli portare con me quel po' di escreato, ed esaminatolo col metodo di Gram e con l'Oc. 8 Ob., 4/12, di Koristka, mi ebbi il seguente risultato. — Discreto numero di corpuscoli rossi clavati, a mala pena riconoscibili: pochi leucociti già in via di degenerazione e tulune cellule epiteliali alveolari parimenti semidegenerate, e dentro le quali sparsi qua e là in mezzo agli altri elementi morfologici, gran copia di diplococchi di Fraenkel.

Quanto alla lipotimia, con cui s'iniziò la malattia, non è certo una pura e pretta coincidensa che la sede del processo sia proprio l'apice del polmone. E noto da tempo, che appunto tale localizzazione è quella che suol dare, nella polmonite crupale il maggiore contributo alle complicanze nervose. Quale sia di ciò la ultima, ratio, non saprei dirlo con troppo precisione, ne la trovo illustrata nei libri, ma, se non è una opinione la statistica, è difficile mettere in dubbio la esattesza di quel fatto. Non è improbabile che sia uno squilibrio, cui la lesione del polmone induce, forse per la via del vago, forse per quella del ricorrente, nel sistema circolatorio del cervello: ne parra questa una stranezza dal momento che il compianto Hanot, in una delle sue ultime lezioni cliniche, non ha esitato a dirci che causa della morte istantanea dei tisici sia talora l'anemia bulbare provocata da azioni riflesse. Se non che nemmeno qui le obiezioni fanno difetto, fra le quali salientissima mi pare questa che, essendo il fenomeno comparso al principio del male, non è troppo credibile che quei nervi venissero compressi o per qualche altra diversa maniera molestati dalla lesione sopraggiunta, una volta che il focolaio non si, era nummeno diffuso alla superficie, nè l'ingorgo polmonare era tale da esercitare una valida compressione nell'interno del cavo toracico. El allora, vediamo un poco, as dalla tarda età del malato ci possa venire qualche plausibile spiegazione del fenomeno. E' ovvio che la pneumonite crapale per lo più riveste il carattere astenico nella vecchiaia, in cui la debolezza e la prostrazione si manifestano con sollecitudine, ed i sintomi nervosi raramente mancano. In queste parole dell'Ayer e dello Struempell, a me pare sia la chiave di volta per la migliore interpretazione del fatto nostro. Prima di tutto, è noto che quando nell'organismo senile si accende d'un tratto un focolaio di tossine microbiche, è fatale che, più potentemente che nei

giovani non accada, se ne risentano in esso gli effetti nefasti, sia per la minore resistenza che a quelle oppone l'elemento morfologico, invecchiato e stanco dalla lunga attività, sia per la insufficienza del potere di riduzione e di escrezione, che é nei vecchi conseguenza necessaria del ritardato ricambio materiale. Non solo, ma è cosa molto rara che su un uomo di età avanzata manchi il visio del euore, manchi l'arteriosclerosi.

Dott. Filippo Cipriani

SPOGLIO DEI PERIODICI GERMANICI

« Monatshefte für praktische Dermathologie, Bd XXIII, n. 12, 1896 ...

1. Pseudoxantema elastico. — I, Darier richiama l'attenzione su di una malattia cutanea poco frequente, ma così bene caratterizzata clinicamente ed anatomicamente, da potersi chia-

mare pseudo-xantoma elastico.

Clinicamente la malattia si manifesta con la formazione di macchie, piastre o papule giallastre, che hanno molta analogia con quelle dello xautoma puro. Se ne distinguono per le sede, perché occupano quasi esclusivamente la superficie flessoria delle grandi articolazioni del tronco e degli arti.

Anatomicamente, la malattia è caratterissata dalla disgregazione, dal rigonfiamento ed infine dal disfacimento del tessuto clastico, processo questo che può essere distinto con la denominazione di elestorrexis. Invece non si incontrano le lesioni specifiche dello xantoma, cellulee xantomatose e granuli di grasso.

Sulla patogenesi e sulla natura dello pseudo-xantoma elastico havvi molta incertezza.

E stato osservato nei bambini e negli adulti che sono andati soggetti ad infezioni od intossicasioni, e pare che la sua durata sia illimitata. Nondimeno lo pseudo-xantoma merita un posto speciale in nosologia, se non altro per la primitiva e predeminante alterazione del tessuto elastico della pelle, alterazione che non si riscontra nello xantoma puro.

2. Una malattia cutanea rara, analoga ad una follicolite generalizzata. A. Spiegel riferisce la storia di un giovane di 23 anni, il quale presentava disseminate su tutta la superficie del corpo cicatrici bianco-splendenti, talvolta pigmentate, di grandezza variabile, da una testa di spillo ad una nocella, alcune delle quali somigliavano a cicatrici vajolose. Il fondo delle cicatrici era profondo ed uniformemente piano. Gran parte di esse era circondata da un alone di pigmento giallo brunastro. Inoltre si vedevano diffuse su tutta la superficie del corpo piccole papule rosso-brunastre, di cui alcune avevano nel mezzo un punto bianco-giallastro, mentre altre erano coperte da una crosta bruno-sporca.

Nelle osservazioni che seguono, l'autore fa la diagnosi differensiale con la sifilide, con la follico-

lite e col lupus eritematoso disseminato di Becch. Conchiude che la malattia presentata dal suo infermo è una malattia sui generis non ancora descritta.

8. Vasogene jodato, succedaneo dei sali di jodo. - L. Leistikow ha usato in pratica il vasogeno jodato al 6º 6 di Pearson, con lo stesso metodo di applicazione dell'unguento mercuriale. Ogni giorno faceva strofinare sulla cute in punti diversi del eorpo 4 gram. di vasogene, per circa 10 minuti, finchè tutto veniva assorbito. La cura durava in media tre settimane. In 15 dei casi curati in questo modo si trattava di sifilomi terziari della cute , in 4 casi di linfendenite generale del periodo secondario inoltrato, in un caso di orchite gommosa.

Solo 4 casi presentarono fenomeni di intolleranza, per cui si dovette sospendere la frisione per 6-10 riorni; tutti gli altri malati tollerarono bene la cura. I risultati ottenuti spingono l'autore a conchiudere che il vasogeno jodato, se non merita di sostituire completamente la cura jodurata interna, ne è un pregevole succedaneo, nei casi in cui la cura interna dia luogo ad intensa rea-

zione inflammatoria.

De Grania

FORMULARIO

La glicerina per injezioni ipedermiche.

La glicerina neutra a 80º è solubile nell'acqua e nello

La glicerina è stata preconizzata come un medici-nale tonico, e come un succedaneo del succo testico-lare: la dos usuale nel bambino non deve oltrepassare i 4 grammi: nell'adulto 1 a 2 grammi al giorno sino a 6-8 gr. Gli effetti immediati dell' iniezione sono un dolore

vivo e persistente: in soluzione acquesa è meglio tol-lerata; le soluzioni glicerinate si assorbono facilmente,

senza lasciare noduli d'induramento. Formula:

Glicerina neutra Acqua boilita

> 80

Quattro grammi, due volte alla settimana, diluiti con metà di acqua bolita, come succedaneo del liqui-do di Brown-Sèquard.

(Haliprée Toriel)

Borace Glicerin : pura di densità 1,26

Soluzione B.

Soluzione A parte 1 Acqua gr. 10

1 cc. tre volte al giorno.

Il liquido così risultante sarebbe la « Vitalina », così denominata in Russia (« Gazette hebdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie », n. 102, 1896).

Micto Mirto

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC ARONE

Tipografia della Biforma Medica

Bouramo. - L. Questioni scientifiche del giorno. La ressione aggintinante nei tifosi durante la infesione e la immunità. - Sulla dimostrazione dello succharo nella compage del rene. -2. Lavori originali.- Contributo allo studio della signoterapia nella tubercolosi polmonale, pei dott. Bilvino Oroce. — 8. Note di pratica medica. - 4. Chimica clinica. - 5. Semiologia grafica. - 6. La scoperta di Boentgon. - 7. Bossetti medici. -8, Spoglio dei periodici italiani.-9. Notizie.

OUESTIONE SCIENTIFICHE DEL GIORNO

La reazione aggintinante nei tifesi dyrante la Infozione e la immunità. Widal e Sicard, -- La reasione egglutinante uon si beserva solamente con il siero degli azimali immunissati contro l'infesione tifoss , ma si può anche determinare col siero degli individui affetti da febbre tifolde fin dall'inisio della malattia.

In questo modo, la reazione, oltrechè essere considerata come reasione d'immunità , diventa suche un messo diagnostico nel periodo della inferione.

L'idea che il siero dei tifosi, nel corso, ed anche al principio della malattia, possedense di già delle progrietà specifiche, come ad esemplo, di egglutinare in sitro, ed in certe proporsioni, una coltura di bacilli di Eberth, si deve a Widal, il quale, insieme a Chantemesse, fin dal 1692 avea mostrato, che il siero degli individui affetti da febbre tifoide, poteva essere un mes so preventivo per gli animali,

Gli autori hanno voluto studiare comparativamente la reasione agglutinante, sia nel corso dell'infesione che durante il periodo dell'immunità, iniziando le loro riserche sulla febbre tifolde umans, la quale in ragione della lunga durata, e del suo ciclo caratterístico, si presta meglio di qualunque altra malattia a questo studio compa rativo, tanto nel periodo febbrile che nel periodo di convalencenza.

Il primo fatto che può sublto mettersi in rilievo, è il seguente: che la reasione agglutinante d già un fenomeno che si presenta durante il desorso della infesione, e a misura che procede la convalescenza, alle volte fin dalla prima settimans, cess va attenuandosi.

In due ammalati, osservati quotidianamente, la reasione era scomparsa completamente, quasi al 17° giorno dopo la defarvescensa.

La ricerca della reasione in individui che avelattia, diede risultati differenti.

Coal il siero di un infermo guarito da ? anni, agglutinava ancora leggermente i bacilli, nella proporzione di una goccia per 150 di brodo,

In tre individui guariti da 18 mesi, due suni e B anni, i due primi di una febbre tifoide di media gravessa, il terso di una forma grave e prolungate, si potè constatare una reasione leggiera, appremabile solamente dopo la mescolanza di una gooda di aiero con cinque gocce di cul-

Anche nettamente si mostro la reasione per il siero ottenuto durante il periodo intermedio compreso fra un primo attacco della infesione e una nuova ricomparsa della malattia, cicè in quel periodo in cui gli ammalati, pur essendo apirettici, non sono immunissati, trovandosi alla Vigilia di una ricaduta.

Il potere agglutinante è sempre un fenomeno a sè, che non è legato alle altre qualità acquistate dal siero nel corso di una infesione o per la immunità.

Coel, un siero tifico, che agglutina il bacillo di E b e r t h, non esercita su di eseo alcuna azione batteriolda,

Alie volte, in uno stesso siero, la proprietà aggiutinante può essere dissociata dall'azione attenuante, ma in questi casi bisogna pensare, che la virulenza del bacillo di Eberth è com debole e variabile, che è assai delicato poter ricercare quale sia la viruienza di un basillo cresciuto in un siero che lo ha agglutinato.

È carto però, che la proprietà battericida, attenuante, preventiva, aggiutinante, che sembrano spesso progredire di pari passo, perchè esso derivano dalla stessa causa, possono avers tra di loro una indipendenza relativa.

La difesa dell'organismo è la ragione finale di tutto le trasformazioni che subiscono gli umori nell'interno di esso, ed è probabile, secondo gli autori, che la reasione aggiutinante possa rappresentare un processo di protesione.

Infine, gli autori, avendo constatato che la reasione, la quale si osserva per un tempo assai lungo negli individui immunissati, è copratutto una reasione del periodo dell'inferione, conchindono, rilevando tutta l'importanza pratica di questo fenomeno che si può considerare come il fondamento della siero-diagnostica (La Presse mèdioale, n. 105, 1886).

Bentiveena

Sulla dimestrazione delle zacebore nella compage vano di già superato, ad epoche diversa, la ma- del resp.—Albert Seelig , in seguito ad un lavoro di Carl Goldschmidt sull'asione dell'al-

Yoleme J. M. 9, 1997

deide formica sulla fenilidrazina insoluzione acida, ha rifatto le prime ricerche da lui pubblicate e nelle quali egli affermava che nei reni nessuna sostanza era stata impiegata, la quale fosse in istato di produrre cristalli di fenilglucosazone o figure simili.

Nel lavoro pubblicato prima, l'autore aveva già additato all'eventuale importanza del metodo della dimostrazione dello zucchero, per la ricerca della glucosuria fisiologica, ma non gli era riuscito nei reni normali di conigli di ottenere anche un accenno di formazione di cristalli; adesso però, in vista della facile dimostrazione dei cristalli di fenilglucosazone nel sangue dei conigli, gli sembrò indicato di fare ulteriori ricerche sul sangue dei conigli per la glucosuria fisiologica.

I risultati furono sorprendenti; i cristalli giacevano principalmente tra i canaliccli urinari, in forma di rami d'albero e talora informa di spighe.

Per la spiegazione di queste forme particolari di cristallizzazione, si potrebbe pensare, che i cristalli nel loro sviluppo si adattassero alla configurazione del connettivo esistente tra i canalicoli urinari, poichè l'autore nella sua prima pubblicazione vide soltanto degli aghi lunghi, gialli, talora riuniti in forma di fasci di cristalli di fenilglucosazone.

L'autore, quindi, intrapese uno studio esatto delle forme non dubbie dei cristalli di fenilglucosazone per risolvere tale questione.

Egli vide, che mescolando una determinata quantità di fenilidrazina con acido acetico (20-60), si ha un liquido lattiginoso, che col riscaldamento a begno-maria da un precipitato, in cui microscopicamente si trovano cristalli fini e ramificati dendriticamente, che a debole ingrandimento sembrano oscuri ed a forte ingrandimento completamente incolori ed i quali talora durante l'osservazione microscopica assumono la forma di cristalli lunghi, incolori.

Posta la miscela per 6 sei ore sul ghiaccio, il liquido diviene rossastro e nel precipitato si mostrano ancora soltanto tavole bianche quadrangolari.

Si filtra il liquido, si secca la massa che rimane sul filtro e si fa cristallizzare con ligroina od alcool.

Al giorno seguente si osservano chiaramente eristalli macroscopici, che con la ligroina appaiono sotto al microscopio scuri ed in forma di fasci e con l'alcool si presentano quali tavole grandi, bianche e quadrangolari.

Secondo l'autore esiste una grande somiglian sa

dei cristalli ramificati a forma dell'albero e trovati nel rene, con cristalli ottenuti dal primo precipitato, ma non si può sens'altro stabilire tra loro l'identità.

Per avere una sicurezza assoluta, l'autore cercò di estrarre i cristalli da un rene diabetico e di determinare possibilmente il loro punto di fusione, ma anche queste ricerche non diedero la spiegazione voluta, e non potè stabilire con assoluta sicurezza la provenienza dei cristalli.

Poichè, quindi, non si può respingere la possibilità, che nel trattamento usuale dei reni si formino oltre ai oristalli di fenilglucosazone anche altre combinazioni cristalliniche, così perde il metodo della dimostrazione locale dello succhero, che l'autore ha prima dato, in sicuressa e non è provvisoriamente impiegabile per la ricerca di piccole quantità di succhero, ad es., nella glucosuria fisiologica (Archiv. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol. Bd., 88, Hft.. 1 u. 2, 1896).

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA SIEROTE-RAPIA NELLA TUBERCOLOSI POLMONALE, pel Dott. SILVINO CROCE.

Lontano dallo scetticismo ingiustificato degli uni, e dai facili entusiasmi degli altri, ho intrapreso la cura col siero appena l'occasione mi si è presentata. E riporto in breve le storie cliniche degli infermi, facendole seguire da qualche osservazione, lieto e soddisfatto se con siò invogliassi i colleghi dubbiosi a sperimentare la sieroterapia anti-tubercolare, i cui risultati, dice il Blaise, in un recente lavoro sulla Immunization et serothèrapie dans le tuberculose, rendon legittime le migliori speranze.

Io ho adoperato il siero in nove casi, non scelti allo scopo di avvalorare una tesi già stabilita, ma così come mi si sono presentati nella pratica cittadina; e sono per ciò forme di tubercolosi in stadi diversi, leggiere e gravi.

La tecnica seguita è stata quella indicata dal Maragliano.

L'esame degli espettorati è stato sempre limitato alla ricerca dei bacilli e qualche volta delle fibre elastiche: mai si son ricercate le associazioni microbiche.

1.º Caso. — C. F., di anni 35, ammogliato con figli, tre dei quali morirono in tenera età.

Lo vidi in gennaio corrente anno.

Feci diagnosi di bronco-polmonite all'apice destro e consigliai la sieroterapia, cui l'ammalato subito si sottopose.

Dopo l'iniezione di 15 cc. in 80 giorni, le condizioni dell'infermo erano le seguenti:

scomparsa di tutti i fatti notati nell'apice destro, scomparsa della 'tosse, dell' espettorato e della febbre. Scomparsa del detritus caseoso.

Aumento di peso del corpo di circa 8 kg. Sospesa la cura in marso, si seguita una iniccione di 1 c.c. ogni settimana.

2.º Caso. — B. A., donna di casa di circa 27 anni, maritata con una figlia.

Tosse fastidiosa, espettorato muco-purulento, abbondantissimo. Discreto numero di bacilli di Koch e fibre elastiche. Polso debole e frequente (90-120). Inappetenza e diarrea. Peso del corpo 89,500.

Feci diagnosi di bronco-polmonite tubercolare febbrile, distruttiva a sinistra con bronchite diffusa; e poichè la cura col creccoto e col guaiacol era riuscita infruttuosa, le consigliai la sieroterapia che inisiai il 16 marso.

Feci dal 16 marso al 7 giugno, 12 iniezioni di 1 cc. a giorni alterni e poi dal 17 al 27, altre 10 inicaioni di 1 cc. al giorno. Ma poichè le condisioni dell' ammalata erano in modo appena sensibile migliorate, rimanendo sempre alta la febbre, cominciai le iniesioni con 5 cc. per volta. Dopo tali iniesioni scendeva la temperatura fin quasi al normale per risalire dopo sei o sette giorni all'alterra primitiva, e, fatto notevole. l'espettorate scompariva quasi del tutto il giorno dell' iniezione per tornar poi come prima. Feci così 5 iniezioni, una ogni sette giorni, e poichė i fatti morbosi cominciavano a diminuire, ripresi le dosi regolari di 1 cc. a giorni alterni e seguitai così fino al 18 giugno, giorno in oui un fatto nuovo mi si presento.

Aveva da poco terminato l'iniezione, che vedo l'ammalata cadere sul letto, cel volto cianotico, col respiro affannoso, cel polso frequentissimo e debole: dopo un paio di minuti il volto si fece pallidissimo, irrorato da abbondante sudore, il polso si riebbe e l'ammalata tornò al suo stato primitivo.

Alla inicaione successiva (20 giugno) si ripetè la identica scena, sicchè mi decisi sospendere per una quindicina di giorni.

Riosservata in quest' epoca l'inferma, si notava : scomparso il soffio bronchiale e diminuita l'ottusità nella regione sottoclavicolare sinistra: respirazione normale nella fossa sopraspinosa de-

stra: diminuiti i rantoli che si ascoltavano su tutto l'ambito toracico. Diminuito l'espettorato in quantità e migliorato in qualità: diminuiti i bacilli e le fibre elastiche. La febbre scesa sotto 39.º Il peso del corpo aumentato di gr. 500.

Però durante la sospensione di cura si sviluppò una bronco-polmonite all'apice destro. Ricominciai le iniesioni di 1 cc. a giorni alterni, ma non vedendone effetto alcuno, l'abbandonai. Avevo iniettato in tutto 75 cc. di siero in 150 giorni.

8.º Caso. — G. G., di anni 29, negoziante, ammogliato con figli.

Alla fine di luglio, presentatosi alla mia osservazione, si lagnava di affanno e tosse ostinata, con espettorato abbondantissimo, febbre alta, insonnia, sudori profusissimi, inappetenza, diarree sfrenate e prostrazione di forse. Il peso del corpo era diminuito di circa kg. 8.

Tosse noiosissima, espettorato abbondantissimo, purulento. La temperatura 89°,5 il mattino, 40° la sera. Il polso era frequente (95-100 al mattino, 110-120 la sera).

Bacilli di Kooh abbondantissimi, e fibre elastiche.

Feci diagnosi di bronco-polmonite bilaterale tubercolare distruttiva, e dapoiche l'infermo aveva infruttuosamente sperimentato la cura col creceoto e col guaiscol, consigliai un tentativo con la sieroterapia che misi subito in atto.

Dai 1º agosto al 10 settembre, ho praticato una inissione di 1 cc. ogni due giorni, iniettando in tutto 20 c.c.

A quell' epoca le condisioni dell'infermo erano le seguenti: alla percussione persistenza dell'ottusità nelle regioni sottodavicolari e sopraspinose: all'ascoltazione persistenza nelle stesse regioni della respirazione bronchiale con timbro cavernoso: sensibilmente diminuiti i rantoli: diminuito l' espettorato, che però rimaneva della stessa na-

La temperatura SS°,2 al mattino, e 89°,7 la sera. Il polso 95°.100 al mattino e 110°.120 la sera. Il bacilli diminuiti; presenza sempre di fibre elastiche. Seguitavano i sudori e l'inappetensa. Scomparsa della diarres. Il peso del corpo non fu osservato nè prima nè dopo.

Con questi miglioramenti relativamente incoraggianti, avrei voluto seguitare la cura, ma non è stato possibile persuadere l'infermo, che si è abbandonato ad un assoluto nihilismo terapeutico.

l'ottusità nella regione sottoclavicolare sinistra:

4.º Caso. — T. O., di anni 41, maritata con firespirazione normale nella fossa sopraspinosa degli, uno dei quali mort di meningite tubercolare.

Tosse con espettorato muco purulento abbondante al mattino. Polso piccolo e frequente. Temperatura 86º,8 al mattino 37º,4 il giorno. Bacilli di Koch in discreto numero. Peso del corpo kg. 42. Sano l'apparecchio cardio-vascolare. Milia e fegato nei limiti normali.

Feci diagnosi di bronco-polmonite tubercolare all'apice sinistro ed iniziai la sieroterapia il 24 marzo.

Iniettai 1 cc. ogni 8 giorni fino al 25 aprile, e poi 1 cc. ogni 2 giorni fino al 10 maggio. In tutto 21 cc. in 48 giorni.

Riosservata in quell'epoca l'inferma, accusava ancora dolore nella regione anteriore del petto; la tosse e l'espettorato era diminuito di poco. Diminuiti i bacilli di Koch; il peso del corpo aumentato di kg. 0,500.

All'ascoltazione, persistenza della respirazione bronchiale nella regione sottoclavicolare sinistra, persistenza della respirazione aspra, scomparsa dei rantoli all'apice sinistro. Nessuna variazione alla percussione.

Consigliai all'inferma di recarsi in campagna, deve avrebbe seguitato la cura. Ma appena là giunta, fu assalita da una pleuro-polmonite che in sette giorni la condusse al sepolero.

5.º Caso. — V. B., contadino, di anni 80, ammogliato con figli.

Tosse ed espettorato abbondante, muco-purulento. Temperatura 37º al mattino, 88º,2 la sera. Polso 80 al mattino 90 la sera. Bacilli abbondanti, e molte fibre elastiche.

Feci diagnosi di bronco-polmonite distruttiva all'apice destro, e consigliai la sieroterapia, che fu iniziata il 80 luglio.

Iniettai 1 cc. a giorni alterni. In toto 10 cc. in 20 giorni.

L'infermo durante la cura incominciò a sentirsi meglio, la tosse era diminuita e diminuito l'espettorato, scomparsi i sudori notturni ed aumentate le forse. Egli veniva per le iniesioni a a casa e poi se ne tornava in campagna: dall'ultima iniesione non le ho più visto e son delente non poter riferire le state degli organi toracici.

Ho saputo però che va sempre meglio.

6:0 Caso. — G. C., donna di casa, di anni 18, nubile.

Aveva fatto inutilmente cure con creosoto e guajacol.

Tosse stixeosa, espettorato abbondantissimo, muco purulento; numerosi bacilli di Koch e fibre elastiche.

Polso frequente e debole (90.95 al mattino,

110-120 la sera); temperatura 89° al mattino, 89°,5 la sera. Dispepsia, sudori notturni, prostrazione di forse, sani gli altri organi ed apparecchi.

Feci diagnosi di bronco-poimenite tubercolare bilaterale distruttiva agli apici e raccomandai la sierotera pia che fu subito inisiata.

La cura durò 45 giorni, iniettando 1 c.c. a giorni alterni: in tutto 20 c.c. e l'inferma cominciava a presentare migliorati in parte i fatti locali ed anche i generali. La febbre era ridotta il mattino al normale, e diminuita la sera a 89°, la tosse diminuita, diminuito l'espettorato, ed all'esame microscopico in minor numero si presentavano i bacilli e le fibre elastiche. Il peso aumentato a kg. 40,100.

Abbandonata la cura per difficoltà finanziarie, non rividi più l'inferma; però dopo qualche tempo il male ricominciò la sua corsa fatale, e l'inferma morì nei primi di settembre.

(continua)

NOTE DI PRATICA MEDICA

Un caso di tetani a di origine gastro-intestinale.

Campo S. Martino (Padova).— 25 decembre 1898

Frev... Angelo, è un contadino di anni trenta, ma che ne dimostra più di quaranta, il quale, tranne di intercorrenti dispepsie, che curava con la presa di olio di ricini, non sofferse malattie d'importanza. Dubito per altro che provenendo da siti sospetti, abbia sofferto di malaria. Ha moglie, due fratelli e madre sani. Il padre gli è morto da molto tempo, nè sa precisare per quale processo morboso. I suoi tre figli presentano una costituzione eminentemente linfatico-rachitica.

Ciò che maggiormente colpisce in questo individuo, è una spiccata iponutrizione, associata a notevole grado d'oligoemia, ed uno scadimento di forse, in evidente contrasto, con la statura alta, in apparenza robusta, e col suo sguardo piuttosto animato e penetrante.

Nel settembre scorso, sono chiamato presso di lui perchè, lo si dice, in fin di vita.

Il Frev..., dopo aver cenato, riempiendo il già sazio ventricolo di polenta e di fagiuoli poco cotti e male conditi, mentre stava per aprire la porta della stanza da letto, venne colto da un malore improvviso che lo fece cadere a terra in deliquio.

I parenti accorsi lo coricarono, procurando, con tutti i mezzi comuni, di farlo rinvenire.

Il malato giace in posizione supina passiva, coll'occhio sbarrato, fisso, fortemente midriatico ed iniettato di sangue. Temperatura di poco elevata, polso aritmico, frequente, respirazioni superficiali a tipo costale superiore, interrotte di quando in quando da qualcuna più profonda e

prolungata. Un sudore freddo gli cola dalla superficie del corpo; ma più specialmente dalla fronte. Il capo è intessato sul guanciale, e con fatica può girarlo lateralmente. Dalla bocca esce una bava filante ed un alito assai fetido. In causa d'un leggero trisma, con difficoltà si può scorgere la lingua, apparentemente ingrossata e assai impatinats. Sensorio subottuso, parola alquanto difficile, inceppata. Gli arti superiori inerti e normali. Polmoni normali e caore con ipertrofia del ventricolo sinistro. All'ispezione addominale colpisce d'un tratto un distendimento spiccato dell'aia gastrica ed una tonica contrazione dei m. retti anteriori che si diseguano come un grosso cordone teso dallo epigastrio al pube. Le regioni meso- ed ipogastriche destra e sinistra apparivano costituite da due grosse bezze, tose, elastiche. In corrispondenza degli anelli inguinali esterni, facevano sporgenza le anse intestinali. I muscoli etensori del deres erano esimustricamente contratti, e gli arti inferiori divaricati passivamente presentavano delle contratture ora cloniche ora toniche. In breve, pareva che il Frev. fosse in sumo:sento di rigidità cadaveries. Tale era, in qualche momento, la tensione generalmente ediffusa e l'aspetto del malato.

Alla palpazione ed anche spontaneamente, era dolorosa solo la regione epigastrica in corrispondensa dello scrobicolo. Il dolore era fisso, continuo e s'irradiava lungo l'esofago, provocando, secondo il dir del paziente, un senso di intercorrenti soffocasioni (laringospasmo). Il ventricolo dilatato sino ad oltrepassare di poco la linea ombelicale trasversa occupava, si può dire, tutta la regione copra-ombelicale sinistra. Alla dilatazione era associato un grado copiscuo di tensione e di duressa così che la risonanza che se ne percepiva era timpanico ottusa. Nessun movimento di funzionalità era visibile, nè percettibile al tatto o

all'udito sulla regione gastrica.

L'addeme, come dissi, avvallato nel diametro langitudinale, appariva come diviso in due metà distinte, risultanti dall'ammasso degli intestini che sercavano, per modo d'esempio, di sfuggire a traverso le pareti addominali, flosce, ed asciutte, la compressione esercitata dai m. retti.

Questo il quadro morboso del Frev. Intendo dalia moglie che da qualche giorno il marito si lagnava d'una pesantezza allo stomaco, specialmente dopo i pasti, ma che tuttavia si sforsava

di mangiare per istare in piedi.

Essendo al servizio d'unastella di buoi del suo padrone, invece di mettersi a letto o di curarsi altrimenti, per timore di perdere il posto, quest'uomo prefer sopportare, sino all'impossibile, le proprie-sofferenze.

Non mi fu dato riscontrare alcuna stigmate deterica, ed anche il decorso non deponeva per Pisterismo. La cura da seguire in quelle contingenze su più sintomatica che causale. Sbarazzare do stemaco ed aprire il ventre che da due giorni eta chiuso, sperando nel contempo di favorire la minzione piuttosto scarsa. Sollevare il sensorio e Battività cardiaca depressi. Combattere i sintomi concemitanti di meningismo. Dunque calomelano

per uso interno, non l'olio di ricini che non sarebbe stato tollerato, manifestandosi anche conati di vomito; clisteri d'acqua tepida con sapone per rectum. Frizioni, cataplasmi senapizzati sul torace e sull'epigastrio, sanguisugio alle apofisi mastoidee. Sorveglianza infine continua ed intelligente del malato.

Il giorno dopo, apprendo che l'infermo ha avuto tre copiose scariche alvine in seguito a tre clisteri praticati con acqua tiepida saponata, e che ebbe pure due accessi di vomito e un pò miglicrata la minzione. L'esame macroscopico delle fecce, assai fetide, d'aspetto scibaliforme-poltaceo. di colorito giallastro, le dimostrava risultare, per la maggior parte, di sostanze indigeste (ceci-fagiuoli) commiste a gran copia di mucosità. Le materie vomitate esalavano un odore acre-vinoso.

Il malato si trovava in condizioni generali alquanto migliorate. Il dolore in corrispondensa all'apofisi ensiforme dello sterno era non più continuo, ma accessionale. Ai conati di vomito s'accompagnò leggera epistassi. Il senso di costrizione alla gola gli perdurava. Le frizioni ed i cataplasmi non avevano sortito alcun vantaggio. Immutate persistevano le condizioni di rigidità e di contrattura osservate la sera prima; scomparsa però la rigidità nucale, sicchè il capo poteva esser girato più agevolmente.

Alito cattivo. Polso più valido, apiressia; il malato può prendere qualche sorso di marsala e latte senza disturbi da parte del ventricolo.

Da un esame minuzioso e da insistenti domande rivolte al Frev. e parenti, devesi escludere assolutamente una lesione violenta che potesse aver prodotto il tetano. Prescrivo frizioni di unguento di belladonna sul ventre, nella speranza di dissipare la contrattura dei m. retti anteriori, cloroformio per uso interno. Nuovo clistere.

Nell'urina lievi tracce d'albumina

Al 8º giorno, nuova scarica abbondante, intolleranza al cloroformio, condizioni generali pressochè invariate. Si hanno però delle remissioni benign. A tratti il pasiente può muovere liberamente le estremità inferiori, ma poi, senza causa ben nota, la rigidità riappare e alla rigidità s' uniscono dei dolori vaghi come di bruciore. Nessun edema ne alle mani, ne ai piedi. Pre crivo il cloridr. di morfina alla dose di 1112 cent. per via interna ed impacchi caldi sull'addome, essendo del tutto impossibile attuare un bagno caldo generale, che mi sarebbe parso indicato.

In quarta giornata, cessa il dolore all'epigastrio; il paziente riposò nella notte assai più che nelle precedenti, in cui si ebbe ostinata insonnia ed irrequietezza. Anche la tensione dell'aia gastr ca e dell'addome, è diminuita. Si ebbe una defecazione spontanea e la minzione più abbondante e facile. Insorgenza d'una forma bronchitica catarrale semplice. Estremità superiori libere, rigidità conservata agli arti inferiori e più spiccata al destro e in questi i riflessi sono esagerati. Sostituisco alla morfina la somministrazione dei bromuri e disinfettanti intestinali. Scomparea l'albumina dall'urina.

Nel quinto giorno, insorgenza d'una stomatite

mercuriale (calomelano), che cede dopo due giorni col clorato potassico; qualche pò di tosse con espettorato mucoso; condizioni generali solite. Fenomeno di Trous se au assente.

Immutati i fatti in sesta e settima giornata. D'accordo col collega D.r Giovanni Scottoni, facemmo trasportare lo infermo nell'Ospedale di Campo S. Piero, ove il Direttore Sanitario del nosocomio, nel dubbio si trattas e d'una forma tetanica, prescrisse tosto il bagno caldo. In sulle prime, i risultati furono esigui ma con quindici giorni di detta cura idroterapica, il miglioramento fu evidente, tanto che dopo venti giorni circa il malato potè ritornare in grembo alla famiglia che l'aveva pianto come già destinato alla morte. La crasi sanguigna e la nutrizione si riebbero alquanto, ma per quest non era poi indicato il frugalissimo pasto domestico. Ad ogni modo, dopo la comparsa d'un eritema scarlattiniforme diffuso su quesi tutta la superficie cutanea, dopo una consecutiva erusione di minutissimi foruncoli pruriginosi, il Frey., pur lagnandosi di generale prostrazione e di qualche vago dolore allo stomaco, potè riprendere a circa quaranta giorni di malattia, la sua abituale professione di bovaio. Ed ora un pò di commento alla storia clinica.

Nel nostro infermo, due sono stati i sistemi colpiti, il nervoso cioè e il digerente. Credo che predisposto e predisponente sia stato quello, occasionato ed occasionante questo.

Prendiamo in esame ad uno ad uno tali mo-

I precedenti ereditari del Frev..., quantunque poco chiariti, non devono essere stati i migliori. La morte precoce del padre, i fratelli ancorchè sani, non troppo robusti, la prole con la nota predominante della rachitide e del linfatismo, sono certo argomenti poco lusinghieri. Notisi che la moglie ed i parenti d'essa sono dotati d'una salute rigogliosa.

In quanto poi all'apparato digerente le note più importanti osservate furono una manifesta gastrectasia ed una gastro-enterite catarrale cronica.

La gastrectasia, oltre che dall'esame plessimetrico, era diagnosticabile dalle note che l'accompagnano. L'oligoemia, iorse anche da probabile pregressa infezione palustre e per la quale poco diceva l'osservazione della milza, la prostrazione delle forze, la scarsa nutrizione, i disturbi gastrici, di quando in quando accusati e che dissipavano col purgante oleoso, certo dovevano essere un pò in relazione con una disturbata digestione. La dilatazione del ventricolo, più o meno spiccata, nelle classi povere di campagna è un fatto comunissimo.

Data quindi la gastrectasia ed un'alterazione nei processi chimici digestivi, il materiale ingesto oltre che danneggiare vieppiù le pareti gastriche, porta delle modificazioni morbose anche all'intestino, dove arriva un chimo improprio. L'assorbimento nutritivo è alterato e diminuito. Di qui la progressiva atrofia del tubo intestinale ed uno stato di quasi permanente vacuità del medesimo, come fu notato nel nostro infermo.

Ma non in tutti i casi di gas trectasia si hanno i fenomeni osservati nel nostro infermo, ed il prof. Ferrannini (Rif.ma Medica, n. 217, anno XII°) spiega come si possa avere ventricolo dilatato e normali i processi digestivi. Sorvolan do quindi a tale questione, vediamo come la gastrectasia sia stata per noi momento occasionante.

Sicchè, in causa della gastrectacia e dell'alterato chimismo, s'ebbe una produzione di sostanze tossiche (Ferrannini), e per quella data recettività nervosa dell'individuo, si ebbe quella data manifestazione morbosa.

In una rivista sintetica della Riforma Medica n. 226 (d. a.), si parla, abbastanza diffusamente, della tetania dei bambini.

> Dottor Antonio da Sacco Medico-Chirurgo

CHIMICA CLINICA

Suila diazoreazione e sui suo valore proguestice nel tife addeminale. V. Jaz.—L'impiego della proprietà dei diasocorpi di poter produrre in unione ad un grave numero di diversi corpi chimici e specialmente con mono di, e polifenoli, come pure con mono, e diammine primarie, secondarie e tersiarie, una reazione di colore), è stata introdotto nella scienza medica da Ehrlich.

Nell'urina normale tale reasione non si ha, oppure l'urina acquista soltanto un colerito gialio; invece le urine provenienti da uomini ammalati, prende col suddetto reattivo una tinta ressa, che può variare dal rosso scarlatto all'orange. Questa reasione si ha, secondo E h r l i c h in tutte le malattie febbrili ad eccesione della tisi polmonare.

Molti autori (Kartin, Fischer, Brecht, Löwinson, Georginwsky, Taylor, Cuttler, Rütimeyer, v. Jaksch, Escherich, Pensoldt, Mehlenfeld, Petri, Ehrlich, Zaniboni, Agello, Nissen, Tessari, Feer, Brewing, Grundis, ecc.) hanno poi osservato, che la diasoreasione si presenta non soltanto nell'urina, ma anche nel plasma sanguigno, negli essudati, nei transudati e nell'estratto glicerico di diversi tessuti ed infine anche nella urina di individui normali.

L'autore volle quindi vedere se la diasoreasione avesse o no un valore clinico e diagnostico, e si è servito nelle sue ricerche del reattivo Friedenwald-Ehrlich (I. Paramidoacetofenon 1,00; Acido idroclorico concentrato 50,0, Acqua distillata 1000,00. II. Nitrato di soda 0,5; Acqua distillata 100,0).

Di queste due soluzioni si prende ogni volta una parte della soluzione seconda e 40 parti della soluzione prima ed il reagente è pronto.

Riguardo al modo d'insorgere dolla diazoreasione, l'autore divide anche, come E h r l i c h, N is sen, ecc., le diverse dalattie in 8 gruppi:

sen, ecc., le diverse malattie in 8 grappi:

1º malattie in Cui non è stata mai osservata
la diazoreazione (republismo articolare acuto,

emorragia cerebrale, bronchite, ateroma articolare, bronchite putrida, gastro-enterite acuta, angina follicolare, isteria, nevrite, pneumonite catarrale, cirrosi epatica, meningite cerebro-spinale epidemica, erisipela, gangrena pulmonare, pleurite, ittero, peritiflite, maiaria, neoplasie maligne;

2º malattie in cui la reasione si ha in varie circostanse (pleuro-pneumonite orupale, tubercolosi polmonare, nefrite cronica, maraama senile, meningite cerebro-spinale tubercolare, processi

puerperali, visi cardiaci;

3º malattie in oui la diagoreazione el ha sempre (tifo addominale e tubercolosi miliare).

Dall'eleneo ora esposto, si può vedere, come la diazoreazione può aversi negli adulti nel decorso di numerose malattie senza alsun nesso con uno stato febbrile.

La diamoreasione non ha alcuma relazione con l'intensità della febbre, con la dietetica e con la cura medicamentosa: essa si ha costantemente nel tifo addominale in cui incorge un pò tardi, ordinariamente tra il 4°, 5° e 7° giorno della malattia; persiste per quasi tutta la durata dell'affexione e scompare 2-8 giorni prima di cessare la febbre.

Secondo l'autore, quando la diasoreazione si ha durante tutto il periodo febbrile della malattia, la prognosi bisogna farla molto riservata, e le

recidive sono frequenti.

La reazione si ha costantemente nella tubercelosi miliare, nel processi puerperali e nella meningite cerebro-epinale tubercolare, nella quale ultima malattia essa costituisce un sintoma importante per differenziaria dalla meningite non tubercolare.

La reasione si ha ancora in quegli pneumonici, che hanno una predisposizione alla tabercolosi

o che sono già tubercolosi,

Frequentemente la dissorsazione si ha nella tisi e specialmente in quei tubercolosi, che offrono estese alterazioni nei polmoni, e quando essa si ha giornalmente, in quei casi in cui i sintomi fisici sono assai insignificanti, allora è indisio che il processo tubercolare in breve tempo si renderà più evidente.

Noi casi in cui la diagnosi oscilla tra tifo addominale da una parte e febbre gastrice, gastroenterite acuta e malaria dall'altra parte, si ha, secondo l'autore, nella diazoreazione un sintoma diagnostico differenziale importante, poiché esca non si presenta nelle tre ultime malattie.

Il presentarsi della reazione nel decorso dei vizi cardiaci, delle infiammazioni renali e nella tubercolosi, deve essere riguardato quale segno cattivo (Wiener Medic. Wochensohr., n. 52, 1896). Scapliosi

SEMIOLOGIA GRAFICA

Sulla presenza delle sellevazioni estasreta nella curva dei pelso. Treutwein caservò, usando lo sfigmografo di Marey, il frequente presentarel di curve, che non reggavano ad una critica.

Nell'uso ulteriore di questo sfigmografo, si accorse l'autore, che le forme anomali erano da ascriversi alla penna, che era troppo forte o troppo debole od alla leva per scrivere, che era fortemente o debolmente fissata. L'autore construì per siò un nuovo apparecchio, esente dai suddetti difetti e col quale cercò di stabilire quale delle curve ottenute potesse esprimere i processi, che hanno luogo nel vaso sanguigno, oggetto di ricerche e di pervenire con uno studio prolungato ad una concesione giusta della

curva del polso.

Prima di analizzare l'immagine fornita dalla grafica del poiso, ritenze l'autore essere necessario di raccogliere un gran numero di curve del polso e paragonarle fra loro con la considerasione delle condisioni, in cui esse furono prese, per pervenire ad una forme unica tipica, dalla quale si potessero far derivare le curve da essa dissimili. L'autore poté così osservare un dicrotismo rilevante in individui perfettamente sani, trovantisi nella migliore età, senza che cause estrance posessero esserne causa. Per vedere se questa forma di poleo si potesse avere in altri individui, esaminò l'autore le sue arterie radiali per lungo tempo e talora 8-4 volte si giorno-Dalle sue ricerche si ricava, che in condisioni generali normali, il modo di comportarsi delle curve à assai variabile e talora presentano anche contemporaneamente delle differense. Così potè l'autore avere delle immagini del polso, come quelle che si hanno nella vecchiaia, con elevasioni secondarie alte e con ordinate basse, mentre nel giorno seguente, sensa mutamento nel mode di vivere, ottenne curve pronunziatamente dicrote con ordinate elevate, ed in osservazioni posteriori potè osservare tutti i possibili passaggi tra le due forme suddette di poiso. A spiegare questa variazione nelle curve ammette l'autore principalmente delle alterazioni negli organi periferici e secondariamente verso la parte centrale; poiché la regolarizzazione delle condizioni di nircolazione nel capillari e dei processi di casidazione nei tessuti, ad eese collegati, rende necessario un continuo e vicendevole adattamento dell'afficeso e del deficeso, per cui alle arterie periferiche spetta lo stesso ufficio dei regolatori nelle macchine a vapore.

Si può quindi immaginare tale meccanismo ammettendo che gli stimoli, che sempre partono dalla periferia, regolino in via rifiessa, per l'azione sui narvi vaso-dilatatori e vaso-costrittori delle arterie afferenti, la corrente sanguigna. Supponendo, che il cambiamento delle forme del polso, sia da riferirsi ad una eventuale tensione della parete vasale per azione vasomotrice o per oscillazioni centrali della pressione sanguigna, allora deve esseryl una forma fondamentale, da

cui si poesono far derivare tutte le altre forme. A tale scopo l'autore scelse dalla serie di tutti i passaggi dal polso anacroto a quello iperdicroto. ura curva corrispondente in certo modo alla media tensione vasale, la quale è secondo l'autore rappresentata dalla cosidetta curva tricuspidale, che offre una linea ascendente leggermente piegata a forma di S ed una linea discendente interrotta ordinariamente da 8-4, talora anche 5, elevazioni secondarie ondulatorie. La prima sollevazione è dovuta, secondo Landois, nella curva della carotide, alla chiusura delle valvule semilunari, nella curva della radiale ad elasticità; altri invece la considerano quale espressione dell' onda positiva riflessa proveniente dalla periferia. La seconda delle elevazioni secondarie viene riguardata dalla maggior parte degli autori quale prova di un' onda positiva, che sta in connessione diretta od indiretta con la chiusura valvulare; e secondo alcuni essa ha origine centrale, secondo altri periferica.

A queste sollevazioni dicrotiche ne seguono ancora una, due e talora tre più debolmente accentuate, le quali, secondo L a n d o i s, sono da riguardarsi quali onde di elasticità e secondo altri quale riflessione dell'onda principale nella periferia.

L'autore non notò nella curva l'elevazione descritta da v. Kri es tra l'apice principale e quello della seconda elevazione, nè sollevazioni anacrote, le quali sono da incolparsi agli apparecchi usati.

Con la diminusione della pressione sanguigna, la linea catacrota della curva del polso cade, mentre le sommità di tutte le elevazioni secondarie si appressano alla base della curva; se la pressione diminuisce ancora più, allora la 1ª e la 2ª elevazione si avvicinano sempre più sino a riunirsi in una sola e delle altre elevazioni dicrotiche rimane ordinariamente un accenno. In questa maniera si ottiene la curva dicrotica del polso.

Quando tutte le altre elevazioni secondarie si fondono in una, allora si ha l'immagine della forma iperdicrota del polso, che si verifica quando la parete vasale abbia raggiunto il massimo grado di rilassamento.

Se invece gradatamente aumenta la tensione, allora si ottengono le immagini ora descritte del polso, ma in serie inversa, cioè dalla forma iperdicrota si va a quella dicrota e si può giungere sino a quella anacrota coll'aumento ulteriore della tensione della parete vasale.

Dopo aver provato l'autore che tutte le immagini del polso possono ricondursi ad una forma fondamentale, viene egli a precisare le condizioni che dànno origine alle elevazioni secondarie. La spiega del modo di originarsi delle sollevazioni secondarie è stata variamente data, perchè alcuni ammettono per esse un'origine centrale, altri invece dicono, che nella periferia vi sono le condizioni per una riffessione dell'onda primaria. L'autore abbatte quest' ultima teoria recentemente sostenuta da v. Kriese v. Frey, di

cui critica i lavori e sostiens, che le elevazioni secondarie hanno sempre una origine centrale.

Se si esamina lo sviluppo ed il decorso di un' onda sanguigna, si ha quasi la stessa immagine, che si ottiene nella formazione dell' onda in un tubo. Nel momento, in cui il ventricolo spinge il suo contenuto nell'aorta, avviene una distensione della sua parete elastica e la formazione di un' onda, che si propaga con una certa celerità nel sistema tubulare.

Tosto che, in seguito alla forsa della spinta comunicata dal cuore alla massa sanguigna, l'onda ha raggiunto il suo apice, allora incomincia subito la regressione, che, agevolata della pressione della parete vasale distesa, decorre chella stessa maniera come in un tubo elastico; si sviluppa cioè iniziandosi dall'apice, una diminusione di corrente verso il centro e la periferia e se verso queste due direzioni fosse-libera la via per la loro propagazione, allora dovrebbe lo curva del polso segnare un'apice e due linee laterali simili ed ininterrotte di caduta, il che si ha coltanto nella linea discendente anacrota corrispondente alla corrente pariferica.

Infatti, mentre la corrente periferica può sensa ostacoli defluire sino ai capillari, la corrente, che tende verso il centro, dopo che essa ha passato le valvule non ancora chiuse, subisce una interruzione nella parete dei ventricoli, il che da origine ad un' onda positiva, la quale si dirige subito, seguendo le leggi della dottrina delle bnde. all' indietro, siugge liberamente, prima; che la corrente reflua diretta verso il centro chiuda la porta valvulare e corre dietro all'apice dell' onda primaria. Quest' onda accessoria positiva, si manifesta nella curva del polso al di sotto idell'apice principale ed è quella che apre la serie delle elevazioni catacrote della curva del polso. Subito dopo il primo urto sulla parete dei ventricolizavviene per opera della corrente reflua dell'onda primaria, la distansione delle valvule semilunari, il cui movimento causa una seconda interrusione della corrente reflua e conseguentemente una nuova enda positiva, che è rappresentata nella curva del polso dalla seconda elevazione. Dopo questo dicrotismo hanno luogo alcune elevazioni, che aspettano ancora di essere interpretate. Nel momento, che si origina dalle valvale l'onda dicrotica, ha luogo tra le prime e la seconda una pressione minima, che determina un flottamento in avanti delle valvule.

Poichè la corrente reflua dell'onda primaria non è ancora cessata, così vengono spinte le valvule all'indietro verso il ventricolo, ossia verso il centro, e per questa spinta viene eccitata una nuova onda positiva, che, seguendo la stessa via delle precedenti, si fa vedere nella curva del polso quale tersa delle elevazioni secondarie. Quest'ultimo processo può in condizioni favorevoli ripetersi parecchie volte, finchè la corrente reflua si spegne o la susseguente sistole ponga un termine a tale giuoco.

Questo modo di prasi delle sollevazioni catacrote, è secondo l'aptore, per la sua sempli-

sità, così evidente, da non lasciar campo ad obbiezioni fondate (Deut. Arch. f. klin. Medicin. Bd. 57, Heft 8 u. 4, 1896). **Scagliosi**

LA SCOPERTA DI ROENTGER

i raggi R e c n t g u nella diagnesi delle tubercelesi. Bouchard.—E noto per i lavori di questo autore, che un versamento pleurico arresta in parte in raggi di Böntgen ed all'esame radioscopico contracta la tinta oscura corrispondente al lato ammalato, col colorito chiaro del lato sano. A misura poi , che il versamento si riassorbe, diminuisce il colorito oscuro del radiogramma. L'autore, studiando questo fenomeno in alcuni pleuritici, poté osservare, che mentre l'opacità persisteva alla estremità del radiogramma, una zona chiara si manifestava verso la parte centrale del lato dove il versamento manifistamente era diminuito.

L'autore suppose che il fenomeno dipendesse dell' addensamento dell' apice polmonale, e difatti l'esame fisico confermò il sospetto.

In questo modo la tubercolosi polmonare era stata rivelata con l'esame radioscopico. I radiogrammi ottenuti successivamente valsero sempre più a confermare il primo risultato.

In tutti i tubercolotici studiati con questo metodo, si potè sempre constatare l'ombra corrispondente alle lesioni del polmone. La sua sede fu sempre in rapporto con le delimitazioni ottenute dagli altri metodi dello esame fisico; la sua in tensità corrispose alla gravessa della lesione.

In ultimo, l'autore fa notare, che se l'esame radioscopico fornisce costantemente i dati rilevati dalla percussione, non è sempre fedele nella riproduzione delle caverne rilevate dalla ascoltazione (Gazette des Hopitaux, n. 147, 1896).

BOZZETTI MEDICI

La mano dell'uomo

Dopo Galeno, anatomisti e filosofi hanno oclabrato con frasi entusiaste la mano dell' uomo riguardandola come la principale, se non la sol causa della sua superiorità. Questa, ad esempio, è stata l'opinione di Helvetius, e Oruveil hier, 50 auni addietro, i quali considerarono la mano come un vero capolavoro di meccanica.

Non sono stati pochi i filosofi dell'antichità i quali hanno considerato la mano come il carattere fisico differenziale della specie umana, e sono andati ancor più in là, aggiungendo che essa è la sorgente della superiorità intellettuale dell'uomo.

La scienza moderna, limitandosi allo studio filosofi, e riportando dapprima lo studio sulla per appressarne i caratteri.

mano dell'uomo e delle scimmie antropoidi, ne ha rilevato subito la grande superiorità di quella su queste.

Alla differenza fisiologica corrisponde la diversità anatomica.

La scimmia non può opporre il pollice alle altre dita, e se prende un oggetto fra esso e l'indice lo fa applicandolo sul margine esterno dell'altro. Nelle scimmie antropoidi le dita sono lunghe e dirette, lo spazio interdigitale, fra il pollice e l'indice, è meno considerevole; il pollice è piccolo e breve; tutta la mano è meno larga e più allungata.

Oltreche dalla diversità delle rughe della mano, le quali sono meno oblique o sono accentuate nelle scimmie, anche dalla dissezione dei muscoli si rileva la inferiorità della mano della scimmia.

La fusione del flessore proprio del pollice con i fasci del flessore profondo dell' indice, costituisce la differenza più molesta, ma in generale, è la disposizione stessa dei muscoli, che prova come la mano della scimmia sia meno atta ai movimenti delicati, e sopratutto al movimento d'opposisione del pollice.

Nel fanciullo, la mano è differente dallo adulto. Nei primi giorni della vita , fino all' età di un anno o messo, egli prende gli oggetti , come la scimmia, fra la palma e le dita, e non é che a poco a poco, e sopratutto con la educazione, che si perfesionano i movimenti.

L'uomo ha una mano differente da quella della scimmia perchè i suoi bisogni sono diversi. Infatti, nella scimmia gli arti superiori sono preposti alle stesse funzioni degli inferiori, e mentre nell'nomo la mano serve specialmente come organo di tatto e di pressione, nella scimmia costituisce anche un messo di locomozione.

Ma non sta riposto soltanto in tutto ciò il rapperto fra le funsioni della mano e quelle intellettuali, per cui da esso si possa giudicare della superiorità cerebrale. Invece, secondo 'Regnaul (Medecine mederne, n. 108, 1896) si possono ag· giungere queste altre considerazioni.

Si ammette generalmente, che l'intelligenza è funzione dei nostri sensi. Questi apportono al cervello i dati del mondo esterno e quatto più essi sono numerosi tanto più il cervello potrà distribuirli logicamente, coordinarla, e formare le idee.

Il cervelio non può nulla da solo. Ora, i dati forniti dalle mani sono preponderanti sugli altri

Questo fatto pare a prima giunta un' esagerazione, se ci fermiamo al concetto generico che la vista è quella per la quale sopratutto ci è dato appressare e giudicare il mondo esterno, ma lo sarà più, quando si consideri la cosa un pò più addentro. Il neonato, come il cieco nato, non solamente non appressa le distanze ma non può giudicare nemmeno la forma e la grandesza degli oggetti.

Per riuscirvi, alla sensazione visiva deve asdei fatti, ha collocato su basi più salde il con-cetto empirico, ma sempre geniale degli antichi mani verso gli oggetti e li rivolge in tutti i punti

Esiste una forma di cecità psichica per la quale l'individuo che ne è affetto, vede tuttavia gli oggetti, ma non li può apprezzare perchè le sue associazioni visuali e tattili sono state distrutte.

Lo studio psicologico dello idiota e dell'imbecille mostra ancora meglio l'importanza che ha un organo di prensione molto delicato per lo sviluppo della intelligenza.

L'idiota, pur avendo la sua mano normalmente conformata, prende, come la scimmia, gli oggetti

fra le dita; non sa opporre il pollice.

Per lo sviluppo della sua intelligenza occorre che a lui a poco a poco e metodicamente si faccia apprendere quello che un fanciullo sano impara da solo e nel più breve tempo.

Occorre che l'educatore con una minunzia e precisione meravigliose, gli dia la nozione dei più semplici movimenti per venire ai più complessi e delicati. Ed è stato osservato, che in questo modo, a misura che si esercita la mano, l'idiota diventa più abile e la sua intelligenza si risveglia.

Negli animali, più che il tatto, sono sviluppate la vista e l'olfatto. Pozzi ha fatto rilevare come i lobi olfattivi vadano rimpicciolendosi nelle specie superiori più intelligenti, per dar posto ai lobi frontali, e secondo Regnault, si potrebbe anche aggiungere che negli animali, nei quali gli arti anteriori incominciano anche a servire, como mezzo di prensione, l'intelligenza va mano mano aumentando.

La mano, adunque si va perfezionando fino ad arrivare all' uomo, e se gli antichi filosofi, soltanto empiricamente potevano affermare che egli vale per la sua mano, la scienza moderna ha rapportato a quest' ipotesi, conosciuta da tanto tempo con numerosi fatti e documenti scientifici.

Bentivegna

SPOGLIO DEI PERIODICI ITALIANI

« Rivista sperimentale di freniatria », fasc. IV, 1896.

I. Contributo critico e sperimentale allo studio dei rapporti tra le funzioni cerebrali e il ricambio. Belmondo in base alle conoscenze che si hanno sull' argomento e ad alcuni suoi esperimerti su piccioni, viene alla conclusione: che il cervello ha un'influenza trofica sugli scambi materiali dell' organismo, giacchè contribuisce insieme ai centri nervosi inferiori a regolare la nutrizione, per l'azione notevole che esso esercita nella decomposizione dell'albumina; che non è provato che il sistema nervoso, per sè stesso, compreso il cervello, sia sede di processi metabolici molto attivi: che i puri processi psichici non cagionano o non sono legati a corrispondenti variazioni sul ricambio generale dell'organismo.

II. Semiotica delle lesioni corticali nei cani. Tansini continuando la discussione sulle pro-

prie esperienze nei cani, osserva che i disturbi di moto e di senso muscolare che si osservano nei cani con lesioni sigmoidi e emisferiche, differiscono da quel'i che si osservano nell'uomo, in seguito ad alterazioni patologiche: giacche nel cane i disturbi di moto si riducono prevalentemente all'elemento psichico dell'amnesia e della successiva abulia, mentre nell'uomo emiplegico, spesso non solo i ricordi sono scomparsi ma anche la possibilità dinamica di tradurli in atto, essendo non di rado alterata l'energia contrattile in toto di tutti i muscoli del'e parti lese,

Nei cani, inoltre, vi ha perdita di certi movimenti sistematici, nei quali entrono dei muscoli che in altri movimenti possono benissimo contralii: ciò non si verifica mai nelle paralisi cerebrali organ'che dell'uomo, ma trova piuttosto, secondo l'autore un riscon ro solo in certe malattie degenerative ereditarie, quale l'atassia cerebellare ereditaria, la malattia di Little; l'isterismo: avverrebbe nei cani operati come nelle isteriche, una dissociazione della memoria organica (risiedente nella midolla spinale) dalla memoria psicologica (risiedente nella corteccia cerebrale).

1II. Sulla differenza anatomo-patologica fra degenerazioni sistematiche primarie e secondarie del midollo spinale. V a s s a l e conclude che la

IV. Alterazioni del midollo nei cani tiroidecto-

mizzati.

Masetti nel midollo spinale dei cani tiroidectomizzati trova atrofia sistematizzata primaria (nel senso di Vassale) dei cordoni posteriori e dei fasci piramidali incrociati, dovuta, secondo l'autore, ai veleni che vanno accumulandosi nel sangue per l'ablazione della ghiandola tiroide.

V. Sulla partecipazione del n. facciale superiore nella emiplegia. — Pugliese e Milla in base a 25 casi di emiplegia possono affermare che i mascoli innervati dal facciale superiore cioè il frontale, l'orbicolare e il corrugatore delle sopracciglia sono paretici negli emiplegici, che ad ognuno di essi deve quindi corrispondere un rispettivo centro corticale, che per la sua sede, deve di necessità essere leso nelle emiplegie corticali.

VI. Le alterazioni del midollo spinale nei cani operati di estirpazione delle ghiandole paratiroidee.—Vassale e Donaggio in sei, sopra sette midolli appartenenti a cani operati di estirpazione delle ghiandole para-tiroidee, hanno riscontrato degenerazione sistematizzata dei fasci piramidali incrociati e dei cordoni pastoriori. L'esame dei tagli colorati con nigrosina o azcelltmina, rivelò che nei fasci degenerati, mentre la nevroglia e i vasi non presentano alterazioni sicuramente apprezzabili, il cilindrasse delle fibre è rigonfio, granuloso, non bene nettamente distinto dalla guaina mielinica atrofica e diffusamente colorata.

Queste alterazioni sono dovute, secondo gli autori, al veleno che si accumula nell'organismo, dopo l'estirpaziona delle ghiandole para-tiroi-

dee, e questo veleno ha asione talmente energica sui fasi midollari, che già dopo tre giorni induce in essi disturbi di nutrisione ed alterasioni morfologiche, tali che già all'esame macroscopico dopo conveniente indurimento in sublimato, si appalesano chiaramente degenerati.

VII. Sulla tossicità del succo gastrico dei pellagrosi alienati.—Dalsin i avendo sperimentato su 10 conigli col succo gastrico di altrettante donne affette da frenosi pellegrosa, conclude che il succo gastrico di pellagrosi è dotato di forte

potere tossico.

VIII. Sulla presenza di un reticolo nel protoplasma della cellula nervosa.-Dona ggio adoperando con un metodo di ricerca consistente nella sommersione di piccoli pessi freschi in una soluzione di bleu di metilene BX, e nella fissazione di essi nel liquido di Bethe (molibdato ammonico, e acqua ossigenata), indi lavacro abbondante e passaggio nella serie degli alcools, inclusione in paraffina ecc., ha constatato che la cellula nervosa, compresi i prolungamenti protoplasmatici e il cono del cilindrasse, presenta l'aspetto di un reticolo: 2º che il reticolo nucleare e quello nucleolare sono in rapporto con il reticolo della restante cellula: 8º che il detto reticolo appare in rapporto di continuità con le fibrille del tessuto circumambiente.

Mirto

Archivio di Oftalmologia, fasc. 5 e 6, 1896. »
L. Contributo allo studio della refrasione e della corresione ottica del cheratocono. De Bono studia due infermi affetti da cheratocono, e presenta un quadro sinottico da cui si può a colpo d'occhio vedere l'influenza che la differenza del raggio di curvatura delle diverse parti della cornea conica, esercita sulle distanze focali degli stessi, in modo da potere introdurre caso per caso queste differenze nel calcolo della refrasione totale dell'occhio conico.

II. Studi intorno alla cataratta artificiale. Manca e Ovio fanno un riassunto storico di questo argomento, riportando tutta la letteratura che si

conosce fine ad oggi.

III. Contributo allo studio della influenza trofica dei nervi sensitivi (linguale). H. M i r t o ha voluto studiare, se al taglio del linguale seguino alterazioni nutritive nei tessuti da essa innervate.

Egli conclude: che il taglio del linguale porta alterazioni delle pareti vasali con atrofia consecutiva di metà della lingua, atrofia più spiccata negli animali giovani, meno negli adulti: che il taglio tanto di un nervo vaso-costrittore, che di un nervo vaso-dilatatore porta a identico effetto.

Vajene.

NOTIZIE

ii Congresso medice internazionale di Mesca

Il XII Congresso internazionale di medicina, avrà luogo, sotto il patronato di S. A. Imperiale il Gran Duca Sergio Alexandrowitch, a Mosca dal I9 al 26 agosto 1897.

Il comitato esecutivo e quello delle sezioni è forma-

Presidente Kle i n, professore a Mosca.

Vice-presidente Koje w ni ko w professore a Mosca. Segretario generale Rot h professore a Mosca.

Segretari Diakonow, Neyding, Tikhomirow, tutti professori a Mosca.

Membri Korsakow, Ognew, Cherwinsky, professori a Mosca.

Riferiamo i temi generali di relazione nelle sezioni principali:

Sesione di patologia generale, anatomia patologica.

Genesi delle diverse forme del diabete.

Fisiologia patologica del mixoedema.

Dottrine dell'immunité; produzione e influenza dell'antitozzine nell'immunité artificiale. Influenza dei vasi e del parenchima nell'inflammazione.

Della costanza delle specie di batteri patogeni dal punto di vista della loro classificazione botanico e della specie delle malattie.

Sezione di terapia generale:

Sieroterapia ed inoculazione profilattica.

Organoterapia.

Apprezzamento dei metodi attuali di dietetica (alimentazione artificiale, alimentazione forzata, cura di Koumys, cura di uva; succedanei dell'alimentazione impiegati in terapia).

Modo di curare la febbre.

Metodi attual: per la cura antiflogistica (flebotomia, ecc.)

Idroterapia.

Climatoterapia (clima marittino, clima di montagna, viaggi di mare, eco).

Terapia generale dei diversi organi, come per esempio nuovo metodo di cura delle malattie di eucre.

Besione farmacologica:

Cura locale rapida e sieura della erisipela grave (metede epidermico).

Cura rapida e sicura della meningite cerebro-spinale epidemica (metodo ipodermico).

Cura della pneumonite col guaiscolo per applicazione esterna.

Il calomelano come medicamento cardiaco.

Cura della erisipela recidivante.

Cura della febbre tifoide.

Valore dell'acqua nell'idroterapia: frizioni e ablu zioni, desse a ventaglio e semicupii.

Climatoterapia della tisi polmonare.

Sulla disintossicasione.

Sessione delle malattie interne ed i seguenti argomenti:

Cause eccezionali della clorosi.

Le diverse forme di tebbre palustre, se sono causate dal parassita di Laveran, o da qualche altra specie. Cura climatica dei tubercolosi.

Relazione tra le dispepsie nervose e le nevrosi generali; sintomi e loro patogenesi.

Classificazione clinica delle nefriti.

Patogenesi della nefrite cronica.

Forme cliniche delle cirrosi epatiche.

Patogenesi delle lesioni croniche delle valvule del

Patogenesi dell'obesità.

Patogenesi della gotta.

Sesione di Pediatria.

Diagnosi della tubercolosi polmonare nell'infanzia.

Diagnosi della meningite tubercolare.

Tosse canina complicata ad influenza (grippe).

Della diarrea che accompagna le malattie degli organi del respiro.

Malattie del sistema linfatico nell'infansia.

Proprietà normali del sangue, e loro modificazioni nelle malattie delle diverse età.

Risultati della oura del siero nella difterite e nelle altre malattie.

Risultati della puntura circolare nell'idrocefalo.

Dell'aritmia di cuore nei fanciulli.

Risultati della laparotomia nella peritenite tubercolare Organizzazione e risultati dell'attività degli ospizii russi dei trovatelli, e in generale per gli azili dell' infanzia abbandonata.

Quale differenza esiste tra l'alimentazione naturale e quella artificiale dei fanciulli, dal punto di vista fisiologico e patologico.

La sifilide ereditaria.

Diatesi emorragica e distribusione geografica del rachitismo.

Influenza del lavoro scolastico sulla salute e sullo sviluppo fisico dei fanciulli.

Sesione di Neuro-peichiatria:

Patologia della cellula nervosa (Anatomia microscopica normale e lezioni patologiche).

Patogenesi e anatomia patologica della siringomielite.

Patogenesi e cura della tabe dorsale.

Cura operativa delle malattie del cervelle.

Ossessione e ideo fisse.

Patogenesi della paralisi generale degli alienati.

L'ipnotismo e la suggestione nel loro rapporto con le malattie mentali e la medicina legale.

Secione di chirurgia.

Metodo di cura delle piaghe infette.

Metodo di cura sensa operazione dei neoplasmi maligni, e in particolare i risultati con la sieroterapia.

La chirurgia cerebrale nei casi di tumori e di epilessia di Jackson; risultati operativi.

La chirurgia dei polmoni, principalmente dal punto di vista della formazione di caverne tubercolari, e della gangrena dei polmoni.

Cura dei restringimenti cancerosi dell'esofago, del piloro del retto. Risultati coi diversi metodi di cura.

Affesioni blenorragiche e sifilitiehe delle articolazioni Principii per la costruzione di protesi delle estremità inferiore (nelle affesioni articolari, nelle paralisi, nelle lussazioni congenite del femore e dopo l'amputa-

Per l'ostetricia e ginecologia.

Della sinfisiotomia.

ziona.

Dell'esplorazione esterna.

La sieroterapia applicata alla setticemia puerperale. Rapporti tra l'infesione blenorragica e le malattie puerperali.

Della colpotomia nei casi di infiammasione degli annessi dell'utero, di spostamento e di neoplasmi dell' utero.

La blenorragia; cura nelle donne non gravide.

Cura chirurgica della peritonite.

Valore comparativo dei metodi operatorii nella cura del cancro dell'utero come messo di prevenire le recidive Vajans

fi numero degli studenti alla facoltà di Medicina di Parigi

Secondo Brouardelli numero degli studenti in medicina che l'anno passato era di 5,425 è disesso a 5,175 in seguito ad esclusione di molti stranieri, che non avevano gradi pari a quelli dei connazionali. Il numero degli studenti stranieri è stato di 968, di cu 810 uomini e 154 donne.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC:ARONE

Tipografia della Biforma Medica

Bonnano. — Riviste sintetiche. Sulle forme rare di malattie ereditarie e familiari cerebrali e spinali.— 2. Lavori originali. Contributo allo studio della siereterapia nella tubercolosi polmonale, pei dott. Silvino Crose.—8. Società scientifiche.— 4. Le Cliniche italiane. Dalla Clinica medica generale di Pisa (prof. G. B. Queirolo) — 5. Pratica delle nevrosi.—6. La medicina negli ospedali italiani.—7. Chimica clinica.—8. Spoglio dei periodici germaninici.—9. Notisie.

RIVISTE SINTETICHE

Sulle forme rare di malattie ereditarie e familiari cerebrali e spinali.

Il capitolo della malattia organiche familiari araditario del sistema parvoso è uno dei più interemanti della neuropatologia e dei più studiati nell'ultimo decennio, Quando si parla di neuropatologia di malattie eredo-familiari, si intende parlare a preferensa di quelle che riconoscono, come] causa , determinate condizioni somatiche congenite ed in oni certi sistemi di fibre, di organismasione naturalmente poco resistente, sono predisposti a perire precocemente. Le malattie nervose organiche eredo familiari, appartengono, in massima parte, alle malattie sistematiche, e per servirci dell'espressione breve e precisa del Meebius, sono di natura endogena, non esogena. Dove debbano rintracciarsi le cause di questa anormale predisposisione di une o di alcuni sistemi di fibre, quale sia la ragione, per cui il disordine funsionale molto frequentemente non si manifesta fin della nascita, su questi argomenti sappiamo addirittura nulla. Conosciamo soltanto che questo disordine funsionale si presenta in singole famiglie, sia in diversi fratelli e sorelle di una medssima famiglia, sia nel membri di parecchie generazioni; che suole manifestarei zeil'età infantile o giovanile; che, infine, decorre in forma di una malathia cronica progressiva.

In casi rari la disposizione congenita può maaifestarsi in un solo membro della famiglia colpita da labe neuropatica, e talvolta in età relativamente avansata. Più frequentemente si verifica il caso opposto, che cioè la disposizione morbosa di un sistema si estrinseca tanto presto, da impedire che esso raggiunga il suo completo sviluppo (agunesia).

La progressione permanente delle malattie nervose congenite, soffre, poi, in parecchi casi un'eccesione, in quanto che in questi si nota che il processo morboso rimane stazionario.

Per rispondere al principale quesito, quale sia

cioè la causa della localizzazione così speciale del processo morboso in parti determinate del sistema nervoso, quegli autori i quali ammettono l'esistema di affesioni sistematiche primarie degli organi nervosi, citano il medo analogo di comportarsi del sistema nervoso di fronte a diverse sostanze chimiche.

Sembra che ogni sisteme di fibre abbia diverse affinità specifiche per le varie influenze tos-

L'affetto prodotto da ogni veleno specifico, dice lo Strampall, dipende da questo, che una sostanza chimica può essere velenosa per un solo e determinato territorio nervoso o sistema, dimodoché essa può esplicare in modo anormale la sua azione eccitante o parallazante in questo territorio nervoso, mentre rimane indifferente o quasi, per gli altri.

Come esempi moti di malattie sistematiche diorigine tossica può citarsi la paralisi saturnina tipica, il latirismo, l'ergotismo, la peliagra, e poi molte malattie croniche dal sistema nervoso consecutive ad infesioni acute ed alle malattie costituzionali.

Non deve però dimenticarsi che nè tutte le maiattie eredo-familiari organiche sono sistematiche nè tutte le maiattie sistematiche sono eredo-familiari. Così parecchi autori hanno descritto la sclerosi multipia e la siringomielia, che non sono malattie sistematiche, come malattie familiari od ereditarie; e d'altra parte è nota col nome di affezione sistematica combinata una malattia che colpisce d'ordinario gli stessi tre sistemi di fibre del midollo spinale ed è eccesionalmente ereditaria. Fra le malattie nervoce organiche ereditarie e familiari più importanti, debbono annoverarsi le segmenti:

1. La forma familiare della diplegia cerebrale (Sachs, Freud), dipendente, con tutta probabilità, da sclerosi primitiva della zona corticale motrice, anormalmente predisposta, con i suoi fenomeni spassico-paralitici, diminusione dell'intelligensa, movimenti corec-atetosici, sintomi pseudo-bulbari. In questo gruppo viene a ragione classificata anche la corea familiare e l'atetosi credo-familiare (Massalongo, Oppenheim);

2. L'arresto di sviluppo (ipopiasia) familiare del cervello, del cervelletto e di tutto il sistema nervoso centrale (Nonne), la quale forma dà luogo a quadri clinici molto complicati, in cui predomina l'alterazione dei movimenti coordinati e riflecsi, l'imbecillismo, i disordini della parola e dei movimenti occalari;

- 8. La paralisi spastica eredo-familiare (Strümpell, Erb) con i fenomeni clinici di natura spastica, l'aumento dell' eccitabilità riflessa e la localizzazione della sclerosi primaria nei cordoni laterali del midollo spinale;
- 4. La varietà familiare della polio-atrofia anteriore progressiva o della cosidetta atrofia muscolare progressiva spinale (Werdnig, Hoffmann), con la paralisi atrofica, fiaccida, che colpisce a preferenza i muscoli dei lombi, del bacino, della coscia, e con perdita dei riflessi tendinei. Il sostrato anatomico di questa amiotrofia, che si manifesta sopratutto nell'età infantile, è la degenerazione primaria delle cellule gangliari multipolari delle corna grige anteriori del midollo spinale.
- 5. Come sottospecie dell'ultima forma, la paralisi bulbare progressiva familiare degli adulti (Bernhardt) e dei bambini (Fasio, Londe) e l'oftalmoplegia familiare (Möbius, Kunn, Beevor). La prima è caratterizzata, oltrechè dai tipici sintomi bulbari, dall'essere frequentemente colpito dal processo morboso anche il ramo superiore del facciale ed i muscoli nucali; l'oftalmogia è caratterizzata dal fatto che i muscoli interni dell'organo rimangono integri. Ia queste forme si trovano lesi i nuclei dei nervi encefalici dei midollo allungato e dei tubercoli quadrigemini, nuclei che fisiologicamente ed anatomicamente hanno l'identica importanza delle cellule gangliari motrici del midollo spinale;
- 6. La forma familiare, relativamente frequente, dell'atrofia muscolare progressiva neurale (H offmann, Tooth, Charcot-Marie), con la paralisi fiaccida atrofica delle gambe e gli spiccati disturbi della sensibilità. Essa è l'espressione clinica di una degenerazione cronica genuina dei nervi periferici motori e sensitivi;
- 7. La forma familiare, da lungo tempo nota ed esattamente studiata, dell'atrofia muscolare miopatica progressiva o della cosiddetta distrofia (Erb, Friedrich), con le atrofie e pseudo-ipertrofie speciali, dipendente esclusivamente da una lesione dei muscoli, mentre, a quanto pare, i nervi restano integri;
- 8. La forma più complessa di degenerazione sistematica primaria della via motrice è rappresentata dalla solerosi laterale amiotrofica familiare (Seeligmüller), in cui è colpito tutto il sistema motore centrale, le vie piramidali e le cellule gangliari motrici del midollo spinale ed allungato. Il quadro clinico di questa forma è

costituito dalla paralisi spinale spastica e dalla polio-atrofia anteriore.

In tutte le forme ora citate, si tratta di degenerazioni progressive, esclusivamente nel territorio della via motrice, la quale, sola od insieme ad altri sistemi, può essere particolarmente predisposta per debolezza congenita. Nel seguente gruppo abbastanza esteso di malattie nervose organiche eredo familiari, sono stati trovati lesi oltrechè la via piramidale motrice, i sistemi o cordoni destinati alla coordinazione sensitiva ed alla conduzione. Tipo clinicamente bene studiato di questa categoria per eccellenza ereditario è:

- 9. La malattia di Frie dreich o l'atassia spinale ereditaria, con l'andatura tabetico-atassica, abolizione dei riflessi tendinei, irrequietessa coreica, disordini della parola e nistagmo. Come sostrato anatomo-patologico di questa malattia, che principia nell'infansia ed è certamente progrediente, si trova sclerosi combinata dei cordoni posteriori e laterali e delle colonne di Clarke;
- 10. L'eredo-atassia cerebellare di parecchi autori francesi (Marie, Londe) od atassia cerebrale familiare degli adulti, clinicamente molto affine alla malattia di Friedre i ch, e sul cui sostrato anatomico nulla c'è noto;
- 11. Molto vicina, dal punto di vista anatomopatologico, all'atassia ereditaria di Friedre ich,
 sta la cosiddetta affesione sistematica combinata
 primitiva del midollo spinale (Westphal, Kahlere Pick, Strümpell), in cui sono lesi i
 cordoni di Goll, i fasci piramidali ed i fasci
 cerebellari dei cordoni laterali. La presenza di
 fenomeni spastici, accanto a quelli dell'atassia,
 l'ordinaria assenza di dati ereditari, il principio
 della malattia in età avanzata ed il decorso relativamente rapido, servono a differenziare questa
 malattia dall'atassia, che del pari appartiene alle
 malattie sistematiche combinate;

12 Se sia o no giustificata l'esistenza delle forme familiari ed ereditarie della sclerosi multipla (Deschfeld, Frerichs, Erb, Totzke), enella siringomielia (Ferrannini (Verhegen Vandervelde) è ancora dubbio.

Queste sono le forme più importanti di cui consta il vasto gruppo delle malattie nervose organiche eredo-familiari. Devesi però tener presente che non sempre è dato di incontrare i tipi genuini, e che le forme miste o le forme di passaggio sono molto frequenti.

Cost si conoscono casi (Heobner, Frohmaier, Strampell, i quali clinicamente hanno

l'apparenza di una distrofia muscolare progressiva, in cui poi alla sesione sono state trovate le esclusive alterazioni di un'amiotrofia spinale. Ancora più frequenti sono i casi (H o mèn) che, tanto clinicamente, quanto anatomicamente rappresentano una combinazione dell'atrofia muscolare miopatica e della mielopatica. Talvolta si incontra semplicemente una lesione delle cellule gangliari del cervello anteriore (S e n a t o r), mentre in vita esisteva il quadro clinico della sclerosi laterale amiotrofica.

L'ipoplasia congenita di qualche organo centrale, ad es. del cervelletto, si combina alle volte con l'atrofia degenerativa di alcuni sistemi di fibre del midollo spinale (M e n s e l), per dar luogo ad un quadro morboso complicato, che sta nel messo tra la diplegia cerebrale e la paralisi spinale spastica da una parte, la malattia di F r i e d r e i c h e l'eredo atassia cerebellare dall'altra.

Infine deve tenersi nota delle forme di passaggio, abbastanza rare, tra le malattie sistematiche, (a cordoni) per lo più parenchimatose del midollo spinale e le mieliti croniche diffase o le affesioni spinali pseudc-eistematiche, dipendenti da processi interstiziali o vascolari.

Nondimeno, dal lato clinico, è degno di nota il fatto che i singoli tipi morbosi di cui si è tenuto parola, malgrado la coesistenza di parecchie particolarità cliniche conservano in fatto la loro autonomia ed originalità, in modo che per lo più, facendo un'analisi esatta, si riesce senza difficoltà a dividerli nei loro componenti.

La presenza di parecchi tipi del gruppo delle malattie nervose ereditarie, in una stessa famiglia o nello individuo, non ha nulla di strano, se si pensi che una malattia familiare può andar soggetta tanto all'eredità omomorfa ed omologa, quanto all'eredità eteromorfa od eterologa. In quest'ultimo caso non si tratta però di eredità nel senso stretto della parola. Infine non deve dimenticarsi che un sistema di fibre, nel senso strettamente anatomico, non corrisponde mai ad un sistema funsionale ben determinato (motorio sensitivo, coordinatore).

Quali siano le condizioni, quali i momenti occasionali che favoriscono questa o quella localizsazione del processo morboso nelle organopatie ereditarie, non lo sappiamo. Soltanto è accertato il fatto che, quando esiste la disposizione ereditaria, l'organizzazione difettosa nei diversi membri della stessa famiglia non abbia sempre la stessa sede nel sistema nervoso. E solo quando si tiene presente il rapporto resiproco che esiste tra for-

me morbose diverse sotto questo punto di vista generale, si riesce a spiegare ogni deviasione dal tipo principale, la quale altrimenti rimarrebbe inesplicabile.

Questa importante questione, inconfutabile dal punto di vista patogenetico, dell'eredità eterologa (dissimilare dei francesi), sta in intimo rapporto con un' altra questione molto discussa dell'eredità in generale. Possiamo noi escludere dalla rispettiva rubrica nosologica un complesso sintomatico che clinicamente corrisponde ad un determinato gruppo di malattie eredo-familiari, possiamo noi escluderlo, solo perchè non ci riesce rintracciare negli ascendenti o nella stessa generazione una malattia identica od una neuropatia analoga? Tale quistione deve essere risoluta negativamente. L'eredità, come uno dei più importanti momenti etiologici, ha senza dubbio un'importanza capitale, ma non può essa sole, servire come un segno diagnostico differenziale tra due quadri clinici del resto identici.

Le osservazioni che precedono, le quali riassumono a grandi tratti ciò che oggi sappiamo
sulle malattie nervose organiche eredo-familiari,
appartengono all' Higier di Varsavia, che a
quelle considerazioni fa seguire le storie cliniche,
e le fototipie di quattro sorelle, le quali presentavano il quadro clinico della diplegia cerebrale
eredo-familiare (Deutsche Zeitschrift für Nervenkeilkunde, Bl. 9, H 1 u. 2, 1896). I casi pubblicati di questa malattia sono in piccolo numero;
gran parte di essi, predominandovi i fenomeni
spastici, sono stati pubblicati o come casi di paraliei spinale spastica o come sclerosi a piastre
disseminate.

Il primo a richiamare l'attenzione sulla diplegia cerebrale familiare, di natura progressiva, fu il Sachs, il quale descrisse due famiglie, nei cui membri esistevano parecchi casi di diplegia cerebrale.

Quasi contemporaneamente (1886) lo Strümpell fece la sua comunicazione sulla paralisi spastica ereditaria, la quale sta in stretto rapporto col gruppo delle diplegie cerebrali. Egli riferisce l'osservazione di due fratelli, che presentavano il quadro clinico della malattia di Erb-Charcot. La sezione fatta nel minore dei fratelli dimostrò normale la regione corticale motrice, la capsula interna e le radici spinali; invece esisteva sclerosi del fascio piramidale dei cordoni laterali in entrambi i lati, che arrivava fino all' incrociamento delle piramidi. Mancava qualsiasi focolaio infiammatorio o di sclerosi nel

cervello e nel midollo spinale, e per ciò lo Strümpell ritenne primaria la sclerosi dei cordoni laterali.

Nel 1898 lo Strümpell apportò un nuovo contributo alla stessa malattia, ossia alla paralisi spastica ereditaria. Egli dà il seguente quadro schematico della malattia: principic della malattia all'età di 25-80 anni, con fenomeni spastici nelle gambe, corso lento ma sempre progrediente, dopo parecchi anni paraplegia ed eventualmente partecipazione degli arti superiori alla malattia; sensibilità e funzioni della vescica e del retto integre; la malattia è ereditaria e familiare ed esclusivamente colpisce i maschi.

Dopo i casi di Strümpell, deve citarsi come caso di paraplegia spastica ereditaria genuina il caso di Erb, il quale è di opinione che bisogna ammettere senza dubbio l'esistenza nell'età adulta di una paralisi spinale spastica analoga, clinicamente ed anatomicamente, a quella dell'età infantile.

Un caso analogo a quello di Erb fu pubblicato dal Souques; due fratelli, di 10 e 7 anni, figli di genitori sani, presentarono i segni di una paraparesi spastica lentamente progrediente.

Nell' osservazione di Melotti e Cantalamessa furono colpiti dalla paraplegia spastica familiare due fratelli ed una sorella.

Nell' osservazione di Korchewnikoff si trattava di due sorelle, di 19 e 17 anni, i cui genitori e 7 altri fratelli e sorelle erano sani. Poteva essere esclusa la sifilide e l'alcoclismo. La paralisi spastica cominciò a 7 anni e progredi gradatamente, estendendosi alle gambe, al tronco, agli arti superiori ed infine ai muscoli della fonazione. L'autore dice che queste due osservazioni non trovano posto nè nel morbo di Little, nè nella paralisi spinale spastica; egli dà loro il nome di diplegia spastica progressiva e suppone trattarsi di un'affezione autonoma primitiva della via motrice, iniziatasi nelle cellule della corteccia cerebrale.

Analoga a queste osservazioni è quella di Bernhardt, che da Strümpell è annoverata fra i casi di paralisi spinale spastica ereditaria, da Bernhardt fra le forme incomplete di sclerosi multipla. Si trattava di 8 bambini, 2 sorelle e 6 fratelli. In quattro fratelli, al 80° anno si manifestò una paresi spastica degli arti inferiori, senza disturbi nutritivi e senzitivi, senza disordini vescico-rettali, nè dell'intelligenza. Una sorella morì pure con questi fenomeni. In uno dei fratelli, 10 anni dopo si manifestarono disor-

dini della parola, della deglutizione ed insufficienza dei muscoli oculari; gli altri, malgrado che la malattia durasse 20 anni, non presentarono nulla di simile.

Non molto chiaro è il caso pubblicato da Krafft-E bing come caso di paralisi spinale spastica familiare. Si trattava di due fratelli ed una sorella che presentavano in grado diverso rigidità degli arti inferiori con esagerazione dei riflessi tendinei.

L'unico sintoma cerebrale era il nistagmo. In questi casi K rafft-E b i ng suppose un'idromiclia congenita spinale con degenerazione secondaria dei cordoni laterali.

Evidentemente, nell'osservasione di Kraff-Ebing, osserva l'Higier, la diagnosi non è facile, ed il giudisio tra la diplegia cerebrale familiare e la paralisi spinale spastica primitiva deve rimanere in sospeso, sino a che non si aggiungano chiari fenomeni cerebrali o spinali.

Il caso di Schultze dalla maggior par'e degli autori collocato fra quelli delle paralisi spastiche familiari, l'Higier lo colloca fra i casi di morbo di Little.

Più difficili ad interpretarsi sono i casi di Tooth, Pribram e Newmark, in cui la malattia non si sviluppo nei primi anni di vita. Tooth riferisce di 4 fratelli che presentarono tutti il quadro della paraplegia spastica. In tutti esisteva inoltre parola lenta e debolessa degli sfinteri; in uno riso involontario e flusso di saliva.

Mancavano convulsioni, atassia, disordini dell'intelligenza e della sensibilità. Tooth diagnosticò una solerosi laterale primitiva, non tenendo conto nè della debolessa degli sfinteri, nè della disartria, nè degli altri fatti cerebrali.

Nella categoria delle sclerosi familiari dei cordoni laterali, colloca il Pribarm due fratelli, che ammalarono all'età di 12 anni: il primo con fenomeni spastici, lieve lordosi lombare, cammino come nella paralisi del peroniero, parola lenta ed inceppata, fenomeni di tic nel parlare, dolori continui alla testa ed al sacro.

Nell'altro mancavano i fatti cerebrali; invece esistevano spasmi muscolari, esagerazione dei riflessi tandinei e lordosi lombare.

Come si vede, questi quadri clinici sono troppo complessi, osserva l'H i g i er, perchè si possa sens'altro diagnosticare una sclerosi primitiva dei cordoni laterali; invece vi si trova maggior numero di elementi per pensare all'amiotrofia neurale (tipo pesoniero) ed alla diplegia cerebrale. Diversa è la disgnosi fatta del Newmark nei due gruppi di famiglie da lui osservati. In una famiglia, due fratelli (di 15 e 5 anni) presentavano fin dall'età di 2 anni paraplegia spastica interiore, sensa convulsioni; arti superiori, occhi, parola, intelligenza integri; riflessi esagerati in tutto il corpo. Nella madre, in una sorella maggiore, in una sia, esisteva esagerazione dei riflessi tendinei.

Un figlio di questa sia soffriva di emiplegia spastica, bilaterale congenita. Nella seconda famiglia, nella quale la madre presentava esagerazione dei riflessi, fra 8 figli, i 8 più grandi (16, 14, 18 anni) presentavano una paraplegia crurale tipica, cominciata all'età di 14, 7, 9 anni. Arti superiori integri; intelligenza mediocremente sviluppata.

Assensa di altri sintomi. Gli altri fratelli presentavano, come la madre, esagerazione dei riflessi tendinei. Ne w mark pone fuori ogni dubbio l'esistenza in questa famiglia di una diatesi spastica, mentre suppone essere base anatomica della grave diplogia spastica presentata dai tre fratelli, una lesione della circonvoluzione frontale ascendente e parietale ascendente e precisamente una porcencefalia. Erb, intanto inclina a porre questi gruppi familiari del Newmark, specie il secondo, nella categoria delle paralisi spinali spastiche, mentre il Freud li colloca fra i casi di diplegia cerebrale. Se i casi di Tooth, Ribram, Newmark, possono essere considerati come anelli di passaggio tra la paraplegia spastica spinale e la cerebrale; le seguenti osservasioni di Pelizaens, Freud, Sachs, appartengono indubbiamente ai casi tipici di diplegia cerebrale.

Nel caso di Pelizaens esisteva una paraplegia spastica grave degli arti inferiori, in coordinazione generale e lentessa dei movimenti delle braccia, disordine analogo dei muscoli del dorso e del volto, bradilalia, nistagmo, atrofia dei nervi ottici, imbecillismo.

Questo complesso sintomatico si era presentato in tre generazioni, quindi era non solo familiare, ma anche ereditario.

Pelisaens diagnosticò sclerosi a piastre disseminate, quantunque egli stesso avesse osservato che l'eredità, la comparsa della malattia nella prima età, ed il decorso tipicamente progressivo, non sono fenomeni ordinari della sclerosi à piastre

Nel caso di Freud i primi segni di malattia

apparvero in uno dei fratelli, breve tempo dopo la nascita, nell'altro verso la fine del 2º anno, in quest'ultimo caso esisteva, ancora prima di questo tempo, il nistagmo, come fenomeno precursore.

I tre sintomi principali che questi dae ragazzi presentarono, furono atrofia dei nervi ottici con nistagmo orizzontale e strabismo convergente nel fissare lo sguardo; bradilalia e voce specialmente monotona, disordini spastici nelle estremità.

Le due osservazioni del Sachs stanno di messo tra quelle del Pelisaens e quelle di Freud. In parecchi membri di due famiglie egli osservò un complesso sintomatico caratterizzato da diplegia, esagerazione dei riflessi, nistagmo, atrofia dei nervi ottici, idiosiache si manifestava tra il 8º e l'8º mese di vita, e terminava alla fine del 2º anno con marasma letale.

Nella catena non interrotta delle osservazioni che finora abbiamo riportato, a cominciare dalle più semplici, ordinariamente descritte come paralisi spinale spastica, per finire alle più complicate diplegie cerebrali, se si fa eccezione dei casi pubblicati da Higier, mancano in generale due sintomi: l'atrofia muscolare, l'incoordinazione.

L'amiotrofia in questi casi deve riguardarsi come un'affesione mielopatica che complica accidentalmento la diplegia cerebrale, o come un complesso sintomatico del tutto indipendente dalla medesima? Prima di rispondere a questo quesito l'Higier cita i rari casi esistenti nella letteratura, di paralisi spassico-amiotrofiche familiari.

Non esistono che due osservazioni, una di Seelig m filler ed una di Hoffmann.

Seeligm tiller riferisce di tre sorelle ed un fratello, che all'età di 9 mesi presentarono paresi spastica e contratture di tutti e quattro gli arti, in seguito anche atrofia muscolare, sintomi bulbari, contrazioni fibrillari ecc., in modo da avere il quadro completo della sclerosi laterale amiotrofica, e tale fu la diagnosi dell'autore, malgrado che l'età degli infermi, la natura familiare della malattia, il decorso lento (che si protrasse per 9 anni) avrebbero dovuto far pensare piuttosto ad una diplegia cerebrale combinata ad atrofia muscolare degenerativa.

Molto più complicato è il complesso sintomatico nell'osservazione di Hoffmann.

L'imbecillismo e l'atrofia muscolare formano il fondo di questo quadro.

Tre fratelli ed una sorella in una famiglia presentano in tenera età imbecillismo e disordini motori senza segni di paresi spastica od atrofica. Nel fratello più grande ci è anche tartagliamento e movimenti atetoidi.

Verso l'epoca della pubertà, ai sintomi precedenti si aggiunge paresi atrofica di carattere progressivo, che, dall'estremità periferica degli arti, va verso l'estremità centrale, risparmiando i muscoli del volto, del collo, del tronco.

Diminuita l'eccitabilità elettrica e meccanica nei muscoli paretici ed atrofici. Manca la reazione degenerativa.

I riflessi tendinei degli arti superiori in un caso mancano, in uno sono normali, in due esagerati; i riflessi periostei ed i riflessi patellari sono in tutto esagerati, fino ad aversi il clono.

Nella discussione di questi casi, l'Hoffmann riferisce l'imbecillismo ed il disordine motorio poco ben definito al primo periodo della malattia ad uno stato anormale congenito, alla poca funzionalità della corteccia cerebrale e della via motrice del midollo spinale.

Per spiegare poi i fenomeni aggiuntisi in seguito, l'autore ammette l'esistenza di una lesione anatomica del 1º e 2º neurone motore ed un'atrofia degenerativa della corteccia cerebrale, che doveva essere in uno stato anormale fin dalla vita embrionale.

A proposito di questo speciale complesso sintomatico descritto dell'Hoffmann, l'Higier ricorda le recenti osservazioni di siringomielia familiare.

Riferisce la sindrome, che Ferranini ha denominato enucleo nosologico della siringomielia ».

Essa è costituito da parestesie e disestesie le più varie ed intensissime nelle parti distali degli arti con disordini obiettivi delle sensibilità, sotto forma, spesso, ma non sempre, di dissociazione della sensibilità, associati a disordini trofo-vaso-motori della cute nella stessa sede dei disordini sensitivi: spesso amiotrofia concomitante in quella medesima sede, ad esempio, eminense tenari ed ipotenari.

Per ciò, Ferrannini ritiene che la così detta malattia di Morvan integri nel modo più genuino e vergine il nucleo nosologico della siringomielia. I fenomeni da parte dei cordoni laterali o posteriori sono accidentali o aggiunti.

Nella forma familiare, da lui descritta, campeggiava appunto il nucleo nosologico ed i fenomeni leucomielici erano appena accennati.

Higier, oltre la forma notata da Ferranini, ricorda anche le osservazioni posteriori di Verhoogen e Vandervelde (due sorelle ed

un fratello), di Bruns (una sorella e tre fratelli).

Bitornando al quesito proposto, cioè dei rapporti tra l'amiotrofia e le diplegie cerebrali,
l'Higier conchiude che, nella maggior parte dei
casi pubblicati di siringo od idromielia congenite
eredito-familiari, nelle osservazioni di See li gmüller ed Hoffmann e nelle proprie,
mancano dati sufficienti per poter definire in un
senso qualunque il quesito proposto.

Omclusioni sicure invece possiamo dedurre dalle osservazioni di malattie nervose centrali eredo-familiari, esistenti nella letteratura, in riguardo al secondo dei sintomi interessanti, cennati, al disordine della coordinazione.

Infatti, esistono certamente diplegie cerebrali di natura eredo familiari, a cui si associano, nell'ulteriore corso della malattia; disordini nella coordinazione.

Vi cono inoltre forme di atassia ereditaria nel cui decorso si presentano fenomeni spastici, e dippiù forme morbose del sistema nervoso centrale ereditari e familiare, nelle quali a bella prima esistono contemporaneamente sintomi spastici ed atassici.

È completamente indifferente se tali forme miste, di passaggio ed intermediarie si denominino diplegia cerebrale atassica, malattiz di Fredeich od eredo atassia cerebellare.

Intorno al sostrato anatomico di queste forme complicate sappiamo quasi nulla, e dall'altra parte nessun segno clinico abbiamo per diffensiare i fenomeni spastici ed atassici di origine cerebro-cerebellare, dai fenomeni corrispondenti di origine spinale.

Quando maggior numero di osservazioni cliniche esatte e di reperti anatomici saranno pubblicati, allora i patologi potranno essere in grado di fare la rassegna critica e giustamente classificare tutte le diverse forme di malattie nervose ereditarie e familiari il cui complesso sintomatico è costituito da fenomeni spastici, atassici, amiotrofici.

De Grazia

LAVORI ORIGINALI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA SIEROTE-RAPIA NELLA TUBERCOLOSI POLMONALE, pel Dott. Silviro Chogh.

(Contin. e fine Vedi n. prec.).

7.º Case. — N. D., di anni 86, militare, ammo-gliato con figli.

Molta tosse, abbondante espettorato muco-purulento. Molti bacilli di Koch e fibre elastiche. Polso frequente, 85 al mattino e 100 la sera. Temperatura al mattino 87°,2 la sera 87°,6. Peso del corpo kg. 46,550. Regolari le funsioni gastro intestinali. Sani gli altri organi ed apparecchi.

Feci diagnosi di bronco-polmonite tubercolare bilaterale agli apici ed iniziai la cura sieroterapica il 1º luglio.

Ho iniettato 1 cc. a giorni alterni, fino al 2 agosto. Sospensione dal 8 al 18 agosto. Di nuovo iniettai 1 cc. a giorni alterni dal 13 agosto al 12 ottobre, ma, non accennando la febbre a diminuire, incominciai le iniesioni ogni giorno, prima di 1 cc. e poi di 2 cc. fino al 13 novembre. Essendo così scomparsa la febbre al mattino, ripresi le iniesioni di 1 c. c. a giorni alterni. Ho iniettato is toto dal 1º giugno 100 cc. in 166 giorni.

Presentemente le condisioni dell'infermo sono: tosse ed espettorato di poco diminuiti, febbre scomparsa al mattino e la sera, rimanendo però invariata il giorno: di molto diminuiti i sudori notturni. Alla percussione notasi di poco diminuita l'ottusità agli apici e scomparso il soffio bronchiale. Diminuiti i bacilli. Il peso del corpo è cresciuto di kg. 4,650.

L' infermo seguita la cura.

8.° Caso.—D. F., marinaro, di anni 28. Celibe.
Tossef stimosa, espettorato discretamente abbondante muco-purulento. Abbondanti bacilli di
K o c h. Polso normale temperatura serotina 37,5.
Sudori notturni abbondanti, peso del corpo kg.
48,100. Sani gli altri organi ed apparecchi.

Feci diagnosi di bronco-polmonite tubercolare all'apice destro e consigliai la sieroterapia.

Fu iniziata il 18 agosto iniettando 1 cc. a giorni alterni, e seguitai fino a tutto ottobre iniettando cioè 87 cc. in 74 giorni.

L' infermo ora nota aumento di forsa e di appetito, scomparsa della tosse e dell' espettorato, della febbre e dei sudori notturni. Il peso del

corpo è aumentato di kg. 9,800. All'osservazione nulla più si riscontra all'apice destro, ed i bacilli sono scomparsi.

Sicché, considerando l'individuo guarito, ho scspeso le iniezioni a giorni alterni, facendo per ora due iniezioni la settimana.

9.º Caso. — T. P., di anni 21, falegname, celibe.

Tosse con espettorato muco-purulento abbondante. Temperatura dal mattino 38°,5, e della sera 39°,5. Polso, 85-90 al mattino 100-110 la sera. Molti bacilli. Peso del corpo kg. 51.

Feci diagnosi di bronco-polmonite tubercolare all'apice destro, e poichè inutilmente era stato curato con i soliti compensi, misi in opera la sieroterapia.

Dal 8 settembre al 20 ottobre ho iniettato 1 cc. a giorni alterni. Essendo, fin dai primi di ottobre, cioè dopo la 14º iniesione, scomparsa la febbre e diminuiti tutti i fatti morbosi, ho sospeso per 10 giorni: il 1º novembre ho incominciato di nuovo ad iniettare 1 cc. a giorni alterni fino al 20 novembre. In toto 80 cc. in 77 giorni.

L' infermo non ha più tosse, non espettorato, non febbre, ed, all'osservazione, si ha scomparsa di tutti i fatti umidi. I bacilli sono assenti. Il peso del corpo è anmenta to di kg. 9; l' infermo dice di non essersi mai sentito così bene come al presente.

Seguitera la cura con 2 iniezioni per settimana.

Vediamo ora come l'asione terapeutica del siero si è svolta sopra i quattro fenomeni fondamentali.

1. Fatti locali. — Abbiamo avuto scomparsa completa dei fatti locali nel 1º caso (dopo 15 iniezioni), nell' 8º caso (dopo 37 iniezioni di 1 cc.) e nel 9.º caso (dopo 80 iniezioni di 1 cc.).

Abbiamo ottenuto diminuzione sensibile in tutti gli altri infermi, mentre si trovavano sotto cura e dopo un numero variabile di iniezioni.

Aumento in nessuno.

Vale a dire che, nei casi leggieri, abbiamo ottenuto la scomparsa assoluta di ogni fatto locale, e nei casi più gravi la costante diminuzione.

2.º Perdita di peso.—Si è notato in tutti nove gli infermi un aumento di peso del corpo, che se in alcuni è stato di poca importanza, è stato poi veramente considerevole nel caso 7º, nell'8º e nel 9ª, e ciò, non ostante che iniziando la cura, non abbiano variato l'abituale loro dieta.

8.º Febbre. — Si è notato scomparse della febbre in tre infermi (caso 1º, 8º, 9º).

Scomparsa della febbre la mattina, e diminuzione la sera nel caso 6°.

Diminuzione sensibile e persistente durante il periodo di cura negli altri 5.

Nel caso 7º, mentre le iniezioni di 1 cc. a giorni alterni, non han dato alcuro abbassamento, si è avuto ragione della febbre, iniettando prima 2 cc. giornalmente e poi 1 cc.

Nel caso 2º, mentre le iccezioni di 1 cc. a giorni alterni davano quasi messun risultato, iniettando invece 5 cc. si otteneva completa apiressia, che durava cinque o sei giorni, per tornare poi all'altezza primitiva.

Nel caso 8°, dopo le prime iniezioni si ebbe febbre, che, preceduta da brivido, raggiungeva 40,° per terminare con sudori la notte. Nelle altre dne iniezioni successive feci precedere l'iniezione dalla somministrazione di gr. 1 di chinina, e tali elevazioni non si avveravano più.

Da quanto si è detto risulta, dunque, che il siero, insistendo e persistendo ha indubbiamente potere antitermico.

4.º Bacilli. -- Nel 1.º caso non furono mai riscontrati, nè prima nè dopo la cura.

Scomparvero completamente nel caso 8º e nel caso 9º.

Diminuirono sensibilmente in tutti gli altri. Nessuno inconveniente locale ho mai avuto a lamentare per le iniezioni di siero, che gli ammalati tollerarono in un modo sorprendente.

Una sola volta ho notato fenomeni generali, come he detto nel caso 2º, che si sono dileguati subito e non ripetuti mai più nelle ulteriori iniezioni.

A che attribuire tali fenomeni vasomotori che l'inferma non aveva mai notato in 48 iniezioni di 1 cc. e nelle 5 iniezioni di 5 cc.? Forse ad una eventuale iniezione endovasale invece che ipodermica, o alla possibilità di avere a che fare con un soggetto a fondo isterico?

のでは、100mmのでは、100mmでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは、100mmのでは

Scarto la prima ipotesi perchè fu fatta la iniezione con tutte le possibili cure e cautele, infiggendo cioè prima l'ago ed applicando la siringa dopo accertato che dallo stesso nen veniva fuori sangue. Ritengo invece più probabile la seconda ipotesi, anche perchè in famiglia ci fu qualche caso di leggiero isterismo, ed una sorella ebbe spiccati fenomeni isterici mentre io, in compagnia di altro collega, le asportavo un tumoretto dal collo, senza cloroformizzazione.

Conclusioni. — Dal fin qui detto, mi par logico conshiudere che:

a) il siero è innocuo; b) ha votere antitermico; c) diminuisce l'espettorato; d) diminuisce il numero dei bacilli; e) aumenta costantemente il peso del corpo.

Tali risultati io non ho mai ottenuto, nè col creosoto, nè col guaiacol, nè con le altre cure moderne che pure ho in parte adoperate, per trovarmi in paese, dove disgrasiatamente la tubercolosi miete vittime moltissime.

Io ho curato col siero nove infermi, e posso contare tre guarigioni. Saramo guarigioni durature o provvisorie? Poco tempo è trascorso dalla constatazione delle guarigioni per poter rispondere in modo assoluto a questa domanda: ma quando in un infermo si nota la scomparsa completa di ogni fatto morboso, si ha il diritto di ritenerio pel momento guarito.

E se gli altri sei casi non hanno risentito che un debole e poco duraturo beneficio non è punto da meravigliare, perche sarebbe una pretesa, che non si domanda a nessun altro sussidio, quello cioè di guarire sempre i fatti creati da processi morbosi in tutte le forme ed in tutti gli stadi.

Ortona a Mare, novembre 1896.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. Accademia di medicina di Torino. - Autoscopta della laringe e della trachea. - Meningiti e tumori delle meningi. - Sullo sviluppo del coccidio oviforme.

B. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Pres. Mo

Tarnata del 18 decembre 1896.

(Nostro resoconto particolare)

Autescepia della larige e della trachea. Dionisio conferma le opinioni di Kirstein suttà possibilità d'ispezionare completamente, in alcuni casi (25°_(o)) la cavità laringea e tralora la trachea in tutta la sua estensione.

Riferisce di aver potuto, coll' autoscopia, opérare due pazienti affetti l'uno da papillomi multipli della laringe, l'altro da infiltrazione tabercolare della regione inter-aritenoidea. Egli crede che il metodo laringoscopico attuale sarà ancora, d'ora innanzi, il mezzo classico d'ispezione della laringe, malgrado l'invenzione ingegnosa di K i rstein, la quale però può riuscire utilissima per l'esame dei bambini, e negli adulti per l'ispezione e per le operazioni sulla regione artinoidea.

Meningiti e tumeri delle meningi. Zenoni espone i risultati principali di alcune ricerche de lui eseguite intorno alle meningiti ed ai tumori delle meningi. Da esse risulta: 1e la partecipazione attiva degli endoteli del sistema meningeale cerebro-epinale ai processi morbosi delle meningi;

2º la proliferazione interna degli endoteli

delle vie linfatiche nelle meningiti;

8° il polimorfismo degli elementi endoteliali

e la loro metamorfosi ialina e fibrillare;

4º la provenienza endoteliale delle membrane sub-durali, degli psammomi, degli inspessimenti fibrosi cronici e delle piastrine aracnoidali;

5º la natura endoteliale dei neoplasmi primitivi delle meningi , in quanto essi hanno la loro matrice di derivasione negli endoteli me-

ningeali.

Comunica inoltre d'aver trovato nella parete delle cisti dei plessi coroidei, numerose fibre elastiche in degenerazione. In base a tale reperto egli appoggia la teoria meccanica sull'origine delle cisti dei plessi coroidei, come più veresimile della teoria di Luschka, Hachel, Schopfhagen.

Suile sviluppe del seceidie eviferme. Perronelto, a nome pure del Bosso, comunica recenti osservazioni fatte sullo sviluppo del coccidio oviforme. Fino alle ricerche di Pfeiffer non si ammetteva altro modo di diffusione e moltiplicazione dei coccidi che le scospore contenenti alfa loro volta due corpuscoli falciformi, o psorospermi, che primo il Balbiani osservò formarsi all'aria libera, fuori del corpo, nei cocidi

perfetti incistati.

Le ricerche posteriori di Pfeiffer, messe in dubbio da eminenti soclogi e parasitologi, facevano ammettere un secondo modo di proliferasione dei coccidi dentro gli stessi epiteli. I corpi falciformi del Balbiani negli epitelt del fegato e dell' intestino dei giovani animali, avrebbero sviluppato dei coccidi finalmente granulosi che ingrandivano progressivamente finchè nel loro contenuto si sarebbero sviluppati infiniti nuovi germi in forma di messaluna, destinati a diventare alla loro volta coccidi perfetti. Sarebbe secondo le osservazioni dell' oratore, un modo di proliferazione analogo a quello delle amebe da lui descritti ; ora la scoperta di Pfeiffer troverebbe un' centta conferma nelle osservazioni dell'oratore e di B o s s o, per cui si spiegherebbero le coccidiosi acute, disastrose talvolta in modo speciale negli allevamenti dei giovani conigli. L'oratore ceamina da ultimo, le ricerche di Butschli, del Buscaglioni e di altri, relative alla costituzione chimica del contenuto dei coccidi oviformi e *penstrans* e conclude con la riconferma della natura amiloide, o di sostanze affini ai corpi amiloidei del protoplasma granulare che spicca nei parasiti studiati.

Fornaca

LE CLINICHE ITALIANE

(MOSTRA CORRISPONDENSA PARTICOLARE)

Dalla Clinica Medica Generale di Pisa (prof. G. B. Queirolo)

L'anno scolastico si è aperto il 10 novembre nei locali inaugurati l'anno scorso e rimessi completamente a nuovo; le lesioni continuarono poi regolarmente fino al giorno 19 decembre. La Clinica ebbe quest'anno un nuovo importantissimo incremento, pel quale va data meritata lode alla Amministrazione di questi RR. Spedali, che favori di tutto il suo benevolo appoggio d'Istituto. Venne cioè affidata alla Clinica Medica la direzione del Lessaretto, come Reparto Clinico per le malattie infettive. Con ciò venne colmata una deficienza ch'era fortemente sentita negli anni scorsi dal corpo insegnanta, come dalla scolaresca, e che era appunto la mancanza fra il materiale clinico di quasi tutte le malattie infettive acute.

Allo studio degli infermi ricoverati al Lazzaretto vennero dedicate due lezioni settimanali, con
orario variabile a seconda delle condizioni degli
ammaiati stessi. Gli studenti, specialmente dello
ultimo biennio, dimostrarono coll'assiduità loro
l'interesse che sentono per tale insegnamento,
che è certo il più necessario per la pratica medica giornaliera, e che mette la Clinica Medica

di Pisa in una posizione privilegiata.

Gli ammalati ivi degenti, sono presentemente circa trenta, principalmente affetti da ilee-tifo (forme miti e forme gravissime): vi sone casi d'erisipela, qualche difterite. D'interessante vi è un caso di ileo-tifo convalescente, con un caratteristico catatono.

Inutile dire che tanto per il personale insegnante, quanto per gli allievi, esistone al Eazsaretto apposite sopravvesti, le quali vengono di volta in volta disinfettate, e che v'ha tutto il necessario per la disinfezione delle persone, prima di uscire dall' Istituto.

Nell' Istituto clinico hanne luogo quattro lesioni settimanali, di cui una è dedicata all'ambulatorio. Durante le lesioni al Lassaretto, il coadiutore dott. L a n d i, fa esercitazioni di Semiotica agli studenti del Iº anno di Clinica. I letti all'Istituto clinico sono presentemente in numero di 60, e permettono un vivo movimento del materiale di insegnamento.

In questo breve periodo di tempo si presentarono allo studio diversi casi interessanti. Fra essi

ricordo i seguenti:

1.º Un caso di diverticolo esofageo in una bambina tubercolosa, dovuto con tutta probabilità a trazione cicatriziale. Questo non si potè sottoporre ad alcun tentativo di cura chirurgica, per le cund sioni dell'inferma, e per la profonda localissazione del diverticolo nel torace. Nè si potè trattenere l'inferma alla Clinica fino ad attenderne l'esito letale.

2.º Un caso di epilessia jaksoniana, datante da 12 anni, dove, per l'assenza dei sintomi di tumore come di ogni condizione etiologica certa, fu fatta diagnosi di epilessia essenziale, la quale, per le ricorrenti, iperemie della zona motrice corticale

corrispondente avrebbe finito col portarvi stabili disturbi circolatori ed anatomici (endarterite, encefalite). La trapanazione del cranio confermò la disgnosi clinica, e fece cessare fino ad ora gli accessi convulsivi. Sa questo caso riferirà in seguito il dott. Cardi.

8.º Un caso di isterismo maschile con tremore cospicuo degli arti, paralisi e contratture paraiali, migliorato rapidamente con la cura suggestiva.

4.º Un caso di nefrite parenchimale acuta con uremia, nel quale si osservò un fatto singolare da parte del cuore. Esisteva una insufficienza (forse solo funzionale) della valvula mitralica.

Di tratto in tratto, si avvertiva un'intermittenza completa del polso alle arterie periferiche, durante la quale persisteva il battito del cuore e persistevano i toni cardiaci, dei quali il primo si mostrava sdoppiato in due toni, scompagnati da qualsiasi soffio. Lo sdoppiamento del Iº tono e la contemporanea mancanza del polso, non interessavano mai più di una pulsazione di seguito. L'infermo ne provava una sensazione dolorosa al cuore.

Il prof. Queirolo diede di tale fatto la seguente ingegnosa interpretazione: il sevraccarico del cuore destro, per l'insufficienza mitralica, aggravata dallo stato uremico, determina una precoce contrazione del ventricolo destro, come si ammette avvenga pel cuore sinistro nei casi di polso bigemino; per ciò il 1º tono è raddoppiato. Contemporaneamente si contrae anche il ventricolo sinistro, poiché non si ammette una dissociazione completa dell'azione sinergica dei due ventricoli: manca in tale contrasione il polso delle arterie perché il ventrincolo sinistro è ancora quasi vuoto di sangue, e manca il soffio mitralico d'insufficienza, perchè il sangue è spinto dal ventricolo a traverso la valvula insufficiente con troppo scarsa velocità e pressione per poter produrre un rumore.

5. Un caso di albuminuria con sintomi uremici, insorta con la forma di una nefrite acuta in una donna gravida (Vº mese) con altissimo contenuto di albumina nelle urine (oltre il 18º[00] sensa sedimento urinario caratteristico di nefrite acuta e senza alcun dato per ammettere una nefrite cronica,

6. Un caso di fegato migrante con enorme e rapido sviluppo di ascite, e rapida riproduzione della stessa, senza alcun dato anamnestico per spiegare il rilassamento del ligamento sospensorio, verificatosi in una donna in tarda età, e senza alcun momento etiologico per ammettere lisioni interstiziali primitive del fegato. La fasciatura contentiva del fegato diede finora grande miglioramento.

Di questi casi avrò occasione di occuparmi in seguito più ampiamente.

Pisa, 28 decembre 1896

Dottor A. Cavamani.

PRATICA DELLE NEVRQSI

Valude—Feromeni isterici eculari curati cen la suggestione. L'autore riferisce come la suggestione, la più semplice, può fare scomparire delle malattie d'origine isterica, ribelli a tutti i metodi curativi.

In un primo caso, si trattava di una giovane di 20 anni, che aveva ricevuto, nel mese di settembre ultimo, un colpo di frusta nell'occhio destro, perdendo d'un tratto la vista di quell'occhio.

Fu visitata da un medico, che constatò espandimento sanguigno nella camera anteriore. Le vennero prescritti dei sanguisugi, un purgante, instillazioni di atropina, unzioni mercuriali attorno all'orbita, e, internamente, solfato di chinina. I fenomeni visibili scomparvero, rimanendo la cecità dell'occhio.

All'esame, fu constatata: visione della luce intensa, sensa poter percepire alcun oggetto, pupilla dell'occhio ammalato dilatata e pico sensibile alla luce; fondo oculare normale come pure i messi diottrici.

Fu sottoposta pure alle pruove del prisma e delle lettere colorate, e le due prove fecero concludere, che si trattava di un'ambliopia isterotraumatica. Quindi si ricorse alla suggestione terapeutica, facendo sapere all'inferma che la sua malattia richiedeva un'operazione che sarebbe stata fatta l'indomani.

La dimane esisteva l'ambliopia, e alla presenza della inferma fu chiesto dal supposto operatore, a voce altissima, un ferro rovente e un lieve bottone fu applicato sul margine palpebrale; fatta una fasciatura occlusiva fu lasciata per 2 giorni a

Il 8º giorno la fasciatura fu smossa e, con vera sorpresa, la paziente potè leggere le lettere che prima non potea.

Ecoc, come una operazione simulata, ha fatto dopo stabilita la diagnosi, scomparire, come per incanto, un'ambliopia.

L'autore riferisce la storia di altra inferma dell'età di 14 anni, con amaurosi assoluta dell'occhio destro.

La malattia rimontava a parecchi mesi ed era causata da un traumatismo di nessuna importansa.

All'esame dell'occhio fu constatato: percesione luminosa spenta, midriasi assoluta che resisteva a tutti gli eccitamenti, occhio in apparensa sano nei suoi mezzi e nelle membrane. La prova dei prisuli dimostrava una diplopia.

Venne in quest'altra ammalata fatta un'operazione simulata, cioè introducendo un pezzettino di carta nel cul-di-sacco congiuntivale che venne estratto dopo due giorni e la vista ritornò al normale.

Un'altra ammalata affetta da doppia ptosi isterica, venne assicurata che la guarigione era certa, se si sottometteva a una cura speciale.

In effetto vennero instillate alcune gocce di acqua in ambo gli occhi, fasciata ben bene, e messa a letto.

Dopo tre giorni fu rimossa la fasciatura e tutto era seomparso.

L'autore riferisce di qualche altro caso simile ai precedenti e conchiude: che una suggestione terapeutica semplicissime, basta a fare scomparire delle m lattie di ordine isterico pronunciatissime, che, con altro mezzo terapeutico, sarebbe impossibile (La Mèdecine modèrne n. 102, 1896).

Vaiana

LA MEDICINA NEGLI OSPEDALI ITALIANI

Ospodalo di Lodi

SHOOHDA COMUNICATION'S

Sulla siero-diagnostica del tifo pel dott. G. Puglicci In aggiunta alla comunicazione pubblicaca nell'ottobre u. s. in questo giornale, sulle esperienze da me eseguite nella scorsa estate, mi interessa far notare oggi quanto segue:

da quell'epoca avevo, conservato in tubi da saggio sterilizzati, alcuni dei sieri raccolti per gli esperimenti. Buona parte di questi andarono sciupati. Sopra due bene conservatisi, mi venne voglia di rifare in questi giorni la prova del Widal; ebbi risultato brillantissimo positivo, sia con la prova estemporanea, sia con l'aggiunta di siero al brodo prima o dopo la seminagione del bacillo tifico. E quei due sieri appartenevano a malati di tifoide.

Dunque il siero dei tifosi conserva la sua proprietà agglutinante, fuori dell'organismo, per tre mesi almeno; il che conferma e completa quanto già ha dimostrato Widal stesso pel siero dis-Secceto.

E tal sosa può essere di importanza non lieve, almeno nel campo scientifico, per la possibilità di conferma anche postuma della diagnosi differenziale della febbre tifoide.

Colgo l'occasione per riferire, che recentemente la prova del Widal mi fu veramente utile in tre altri casi nei quali il solo criterio clinico non valeva a chiarire la diagnosi; per cui ripeto che credo un tal metodo di indagine degno di essere aggiunto come ausiliario agli altri che la Clinica già possiede.

Lodi, 18 decembre 1896.

CHIMICA CLINICA

Contribute alle studie della genesi dei pigmente giallo fondamentalo dell'urina. P. Chiodera. — Io questi ultimi tempi il pigmento giallo fondamentale dell' urina è stato oggetto di ricerche fatte da Garrod, Kramm e Jolles, ma sino a tutt' oggi poco si sa intorno ad esso, specialmente per quanto ne riguarda la genesi; solo Jolles considera il pigmento normale dell'urina essere dovato, con grande probabilità, al più elevato dei prodotti di ossidazione della bi-

co, è solubile nell'acqua e nell'alcool rettificato. meno solubile nell'alccol assoluto, molto meno ancora nell'etere acetico, alcool amilico, acetone. Il residuo di una soluzione alcoolica evaporata, perde la solubilità. Il pigmento è inodoro allo stato solido, manda odore urinoso leggiero quando si scioglie a bagno-maria. In soluzioni diverse, questo pigmento ha un colore, che varia dal giallo all'aranciato, arrossa la carta bleu di tornasole, e fa divenire leggermente bleu quella rossa. Allo spettroscopio non notasi alcuna linea di assorbimento. La colorazione gialia delle soluzioni alcooliche non muta col tempo, quella invece delle soluzioni acquose assume una tinta brunastra. Gli alcali alterano pochissimo la tinta e gli acidi minerali, solo se aggiunti in grande quantità, fanno assumere alla soluzione un colore bruno-rossastro. L' idrogeno nascente . come nell'urina, decolora le soluzioni.

Le soluzioni del pigmento, assumono sotto l'asionee dell'ac. nitrico, a caldo, una tinta gialla lucente, e giallo-aranciata se vi si aggiunge ammoniaca.

Aggiungendo alle selusioni HISO4 e HCl, e scaldandole a bagne-maria si ha con la evaporasione un residuo nero, che sciolto nell'acqua, dà a questa un colore aranciato. La soluzione alcoolica, fatta a caldo, raffreddandosi dà un sedimento oscuro, polverulento ed amorfo, insolubile, che però diviene solubile dopo l'aggiunta dell' AsH3.

Trattate le soluzioni con acetato di piombo e nitrato d'argento, e con gli acidi fosfotungatico e fosfomolibdico, esse si decolorano e danno dei precipitati, che contengono il pigmento.

L'autore si é proposto quindi di vedere la genesi di questo pigmento giallo, e se esso potesse provenire dalla urobilina.

Il processo chimico usato dall'autore fu l'ossidazione col permanganato di potassa in soluzione all'1 per 5000. Con tale mezzo riusci egli ad ottenere un pigmento, che sia chimicamente che spettroscopicamente dava le reazioni caratteristiche del pigmento giallo dell'urina.

Dalle esperienze fatte dall'autore pare assodato che l'urobilina deve, con probabilità, essere considerata quale una delle sorgenti del pigmento giallo fondamentale dell'urina.

CONTRACTOR BUTH EARLY EARLY OF THE CONTRACTOR BUTH BUTH BUTH BUTH BUTH BUTH BUTH CONTRACTOR HAT BUTH BUTH BUTH PRATICA DELLE MALATTIE INFETTIVE

il meningismo nella infezione pneumeccchica. Ferrare Dante.-I sintomi con cui il sistema nervoso, e specialmente il cervello, rivela la sua sofferenza nell'infezione diplococchica, sono: delirio, paralisi ciscoscritte, paralisi diffuse e paraplegie, fatti irritativi (spasmi muscolari), cefelea, agitazione, insonnia e delirio nei bambini più grandicelli.

Riguardo alla loro genesi, ritiene l'autore giusta l'ipotesi di una tossiemia prodotta dai diplo-L'oratore si è servito del metodo di Garrod cocchi ed abbatte le teorie di Vulpian, Sa-Per separare il pigmento giallo naturale, il quale lomon, Liebermeister, Lèpine, Straus dua prodotto amorfo, bruno ed assai igroscopi-Popoff, Buhl, Hoffmann, Grasset

Chantemesse, ecc., che in vario modo cercano di spiegare la sindrome meningitica nella pneumonite.

Relativamente alla diagnosi differenziale dall'uremia, dalle forme isteriche, l'autore dice, che essa è resa oggi facile con la puntura di Quincke, come lo provano le osservazioni di Fürbringeu, Lichtheim, Ziemssen, Demmig, Fraenkel, Senator, Gaibissi, Mangianti, ecc.

La prognosi del meningismo è fausta nel più dei casi.

La terapia migliore sarebbe la sieroterapia, ma quista non essendo possibile completa al giorno d'oggi, bisogna limitarsi a fare eliminare i tossici per gli emundoi naturali e ad una cura sintomatica delle sofferenza del sistema nervoso (Archivio italiano di clinica medica, puntata III, 1896).

Scagliosi

SPOGLIO DEI PERIODICI

GERMANICI

«Manchener medicinische Wochenschrift», num. 50, 1896.

- 1. Contributi casuistici alla chirurgia del carcinoma gastrico. A. Alsberg. (Ne riferiremo in altro giornale).
- 2. Sulla dulcina. S. S ter l i ng ha somministrato la dulcina a 6 diabetici ed inoltre se ne è servito per addolcire l'olio di fegato di merlusso da somministrare ai bambini; trova superiore la dulcina alla saccarina, in quanto che quest' ultima a molti riesce agradita, mentre la dulcina ha un sapore dolce più simile a quello dello zucchero, e perchè la dulcina, in dosi opportune, é perfettamente innocua, mentre lo stesso non può dirsi della saccarina.
- 8. Anchilosi della mascella inferiore destra, consecutiva ad una neoformazione gommosa della parotide e delle sue vicinanse. J. M er k e l'estirpò in questo caso la neoplasia che avvolgeva tutta l'articolazione della mascella destra, resecò la mascella e stabili consecutivamente una pseudoartrosi. Guarigione completa dopo 6 settimane.
- 4. Contributo alle lesioni prodotte dalle cadute sopra dei pali agussi. N a s s a u e r riferisce l'osservazione di un uomo il quale da un fienile cadde sopra una carretta, la cui parete anteriore era costituita da una specie dil ringhiera formata di aste di legno terminanti a punta. Quell'acomo cadde a cavalcioni su di questa ringhiera, ed una delle punte di legno penetro nella parete addominale lungo una linea che dalla sinfisi del pube andava verso l'arco costale destro. Nulla di importante nei giorni successivi. Al 9º giorno nel punto della lesione comparve un ascesso, che fu aperto; si trattava di un ascesso fecale; 22 giorni dopo il trauma l'infermo fu licensiato guarito.
- 5. Un caso di morbo di Base do w associato a diabete mellito. Bettmann riferisce una serie di ricerche eseguite in una donna che presentava ad un tempo sintomi di diabete e di malattia di Base do w. De Grania

TEGT.EST

« British Medical Journal », 12 decembre 1896.

I. I calcoli vescicali e i disordini prostatici. Conferenza di Reginald-Harrison.

II. Sulla composizione del siero di sangue nell'anemia perniciosa. Buttan e Adami.

L'analisi del siero di sangue in un caso di perniciosa malarica diede i seguenti risultati.

Aspetto limpido; densità 1026. Sostanze proteiche 5,8 per cento. Esse consistevano del 2,8 per cento di globuline, precipate con la saturazione per messo del solfato di magnesia e del 2,8 per cente di siero-albumina.

Vi era 0,875 per cento di ceneri.

III. Osservazioni sul rapporto fra laucemia e pseudoleucemia. Martin e Mathewson.

Biferiscono due casi, in cui si aveva una notevole leucocitosi; mostrano la difficoltà della diagnosi, che esiste fra la pseudo-leucemia o malattiadi H o d g k i n e la forma linfatica della leucemia.

IV. La cura della sifilide con le iniezioni endovenose di mercurio. E n e s t o L a n e.

L'autore ha sperimentato in 76 casi di sifilide il metodo Baccelli e ne ha avuto ottimi risultati; lo ritiene per ciò superiore a tutti gli altri metodi antisifilitici.

V. Sull'amministrazione del cloroformio. Arnal d. VI. L'ascoltazione del cuore durante la cloro-narcosi. Robert Kirk

VII. Un caso di chiluria. Daggett.

VIII. Dislocazione congenita dell'anca. Smith.

IX. Casi simili alla scarlattina, verificatisi a Fulham. L è e.

X. Un caso di peritonite suppurativa curata con la laparotomia. G c o d w y n.

XI. Un caso di peritonite generale dovuta ad appendicite perforativa. Operazione e guarigione. To ller e Wallace.

XII. Un caso di colecistectomia seguita da guarigione. Sh e t t l e. Greece

-CITE CTITE BITTE STITE STITE

NOTIZIE

La bicicletta velocie d' lufezione

Un gran numero di esterni e di studenti, in medicina arrivano ogni giorno in bicicletta all'ospedale di Parigi. Non si credeva con ciò da nessuno di far male: ebbene, un consigliere municipale ha creduto dannoso ai malati questo modo di entrare nell'ospedale e ha chiesto che fosse interdetta, l'entrata nell'ospedale in bici letta e ciò sotto lo specioso pretesto che a traverso le strade di Parigi, le biciclette potevano raccogliere e trasportare dei germi morbosi dannosi, agli ammalati.

Questa grave questions non è ancora risoluta.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Boumario. — 1. Questioni terapiche del giorno. — Contributo statistico alla sieroterapia nella difterite.-Batteriuria e sua cura. - Amiloformio. - Il dietilche tone come ipnotico. - Sulla dulcina. - 2. Lavori originali- Villa di salute per le malattie mentali in Palermo, diretta dal prot. L. Lo Jacono.-L'azione della scapolamina negli alienati. Nota preventiva del dott. S. Tomasini. - S. Le Cliniche americane. Clinica medica di Baltimora (prof. W. Osler). La cura dell'angina pectoris. - 4. Pratica della medicina. — 5. Terapia astetrica. — 6. Terapia chirurgica. 7. Terapia pediatrica. - 8. Formulario.

QUESTION TERAPICHE DEL GIORNO

no.---Contribute statistice alla signeterania nella difterite.

L'autore pubblica il resoconto dei casi di difterite curati col siero di Behring, nell'ospedale dei bambini di Francoforte sul Meno, dall'ottobre del 1894 all'ottobre del 1896. I bambini curati in questo periodo di tempo fureno 483, di cui 282 gravi, 112 di media gravessa, 89 in istato lieve. Di questi ammalati moriroso in tutto dui che hanno sofferto di prostatite. 51, cesia il 10, 5 o . In questa cifra furono caleslati anche i bambini ricevuti moribondi e quelli morti dopo che la differite era guarita, di malattie nen dipendenti dalla difterite. Togliendo dal calcolo questi bambini, la cifra primitiva si riduceva a 84, cesia al 7,08 co, cifra minima se si confronti con quella degli anni passati e specie del 1898, in cui fu 43,8 %.

Le cura in tutti i casi venne esclusivamente fatta col siero di Behring, e non fu eseguita mai alcuna cura locale.

Le iniezioni erano fatte col solito metodo. Nei casi gravi si infettava subito il siero n. III.

I primi effetti della cura si osservavano già dono 18-15 ore: i bambini, irrequieti, divenivano più tranquilli e si addormentavano. Non fu osservato un abbassamento critico della temperatura. La tumefasione delle ghiandole sottomascellari, quando esisteva, regrediva rapidamente. Se, copo che la difterite faringea era guarita da parecchio tempo, persisteva ancora una secrezione purulenta del naso, un'injezione di siero bastava perchè la rinite guariese. In pochi casi si ebbe otite media, che guari senza complicazioni. In nessun caso il processo difterico si estese alle vie aree profonde. Molto evidente fu l'effetto avorevole del siero di Behring nei casi ricevuti con fenomeni di laringo-stenosi. In 71 di tali casi, i fenomeni di stenosi regredirono rapidamente. In 126 casi si trovò albumina nelle vrine. In 76 casi si ebbero fenomeni di grave debolezza cardiaca, per cui furono adoperate le inissioni di alcool e di canfora. Come fenomeni accessori agradevoli delle iniezioni di siero, l'autore cita la formazione di un ascesso nel sito di iniezione in 8 casi, esantemi febbrili, orticaria, morbillo, scarlattina, in 104 casi, dolori e tumefazioni articolari.

L'esame butteriologico fu fatto in 868 casi : fra questi il bacillo di Löffler fu trovato in 291. Di questi, morirono 38, ossia il 13,05 o o. (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 52,1896). De Grania

A. Hogge. — Batteriura e sua cura.

Con la denominazione di batteriuria si comprende uno stato speciale dell'urina, caratterizzato dalla presenza di numerosi batteri e dalla completa mancanza di elementi morfologici. Secondo Krogius, la batteriuria è abbastanza rara.

Egli cita Roberts, che in un'urina acida, di cattivo odore, di opalescenza particolare, trovò alcune rare cellule di pus e poi micrococchi e corti batteri. Schottelius e Reinhold hanno osservato un'urina torbida acida, che conteneva molti bacilli, ma non presentava alcun segno di cistite o di pielonefrite. Ultzmann descrive come batteriuria l'eliminazione di un'urina sempre torbida, di un'opalescenza speciale, che agitata presenta una particolare ondulazione. All'esame mitroscopico si trovano diverse specie batteriche, a preferenza quelle della putrefazione. Per lo più la batteriura si osserva in indivi-

Runeberg ha descritto casi di batteriuria prodotta dal bacterium celi L'urina era acida, opalescente, conteneva albumina e piscoli fiocchi

di pus.

A Krogius dobbiamo il lavoro più completo sulla batteriuria; egli ne ha potuto riunire otto casi, nei quali tutti ha trovato il bacterium coli. I caratteri di queste urine erano i seguenti: immediatamente dopo che l'urina era stata deposta, si notava un leggero interbidamento od un'opalescenza d'une speciale splendere, come se nel liquido si trovasse sospesa una polvere leggera e fina. Agitando l'urina, si vede vano sollevarsi delle nubecule.

L'odore era fetido, la reazione acida. In 5 casi esisteva albuminuria, dipendente da malattia renale o cardiaca. In 6 casi mancavano sintomi da parte della vescica, in 2 c'era lieve tenesmo e braciore nell'arinare. Merita inoltre menzione la presenza di alcuni disturbi generali, come febbre, disordini delle vie digerenti, i quali fenomeni scomparivano in seguito alla cura locale della batteriuria. Negli antecedenti personali degli infermi c'era blenorragia, accompagnata o non da cistite.

Max Melchior fra 86 casi di cistite, ne cita uno, il quale per i suoi caratteri deve essere classificato fra i casi di batteriuria.

Ultimamente Schlifka ha trovato la batteriuria come complicazione frequente della gonorrea,

Oltre la batteriuria, di cui fin qui abbiamo tenuto conto, di origine vescicale, devesi distinguere una batteriuria renale, giacchè in certe condizioni i batteri possono pervenire nei reni e passare nelle urine.

Hogge riferisce 9 casi di batteriuria. In tutti esisteva, nei precedenti personali, la cistite o l'uretro-cistite, ed era stato fatto il catetorismo, Oltre il bacterium coli, egli riscontrò nell' urina streptococchi e stafilococchi; donde la necessità di distinguere la batteriuria propriamente detta, dalla micrococcuria.

I caratteri urologici e clinici dei casi di Hogge erano analoghi a quelli osservati dagli altri au-

tori nei loro casi.

In quanto alla cura, il salolo diede all'Hogge ottimi risultati, usando come dosi minime 3-4 grm. al giorno. Con questa cura i casi di batteriuria pura guarirono in 3 giorni. In uno dei casi la batteriuria guarl dopo un'irrigazione unica di un litro di soluzione 1:20000 di sublimato. In altri casi fu fatto un maggior numero d' irrigazioni e fu adoperata una soluzione più concentrata.

Nei casi in cui la prostata era infettata, prima di cominciare la cura della batteriuria, Hogge eseguiva la compressione metodica della ghiandola dalla via del retto. Malgrado la cura lunga ed attenta questi casi non guarirono (Therapeutische Wochenschrift, n. 51, 1896).

De Grania

Amilefermie.

L'amiloformio è una combinazione dell'aldeide formica con l'amido; si presenta sotto forma di polvere bianca, inodora e insolubile in tutti i liquidi.

È stabilissimo e non si altera neanche alla

temperatura di 180°.

Nell'organismo si decompone lentamente in aldeide formica e in amido, per essere assorbito

(Classen).

L'aldeide formica è dotata di potere battericida; e un antifermentativo e antiputrido eccellente; l'amiloformio è dunque un antisettico chirurgico attivissimo. Adoperato in polvere, diminuisce rapidamente le secrezioni delle piaghe.

È particolarmente adatto ad impregnare oggetti da medicatura, che resistono alla sterilizzazione

Lougard l'ha usato nella piccola e nell'alta chirurgia, in ginecologia, e non ha osservato alcun sintoma di intossicazione, di irritazione locale, nè eczema.

Vajana

Noera. — il dietilohetene come ipnotico.

Il gruppo dei chetoni, per chimica costituzione si avvicina a quello delle aldeidi, e con queste ha in comune l'azione paralizzante sulle funzioni del cervello, del midollo spinale e del bulbo.

L'autore, in seguito ad un recente studio farmacologico (Albanese e Baratini) sui chetoni, nel quale è preconizzata l'azione ipnotica del dietilchetone, che nelle rane oltre ad avere un'azione ipnotica manifesta, non influenza grandemente il respiro e la circolazione, ha iniziato delle ricerche cliniche, sperimentandolo nelle principali forme di malattie mentali. Il farmaco fu somministrato alla dose di 1 grm., fino 3 grammi, sciolto

in 80 grammi di acqua di melissa e 80 di sciroppo d'anice.

L'azione del farmaco è quasi generalmente comiciata in un periodo di tempo oscillante da una a due ore al massimo, ed il sonno si è prolungato sino a 7 ore in qualche caso, e specialmente nelle forme maniacali.

Nessuna influenza notevole si è notato nelfunsioni del respiro, della circolazione e della termogenesi; mancarono, costantemente, disturbi della digestione. Secondo l'autore, il dietilchetone non avrebbe un'azione prolungata, ma un influenza sedativa manifestantesi anche dopo il sonno, per cui in molti ammatati specialmente maniaci, si ottenne una calma assoluta, e molto più accentuata del sultonale. Considerando, in ultimo, che il dietilchetone è esente di qualsiasi pericolo per l'apparecchio circolatorio e respiratorio, l'autore crede che questo nuovo farmaco possa occupare uno dei primi posti nella serie degli ipnotici (Archivio di farmacologi e terapeutica, Fas. 11-12, 1836).

Bentiveana

S. Sterling. — Sulla dulcina.

La dulcina fu ottenuta la prima volta nel 1884 da G. Berlin er blau di Varsavia. Per la sua costitusione chimica è un parafenetolcarbamide. La proprietà speciale di questo composto è di avere un sapore intensa nente dolca, che secondo H. Hager supera 250 volte quello dello succhero. È una polvere bianca, cristallina, che fonde a 173°-174°, si scioglie in 800 p. di acqua a 15° in 50 p. di acqua bollente ed in 25 p. di alcool a 90°. La dulcina non è un alimento come lo zucchero, ma semplicemente un alimento di lusso

che dà alle vivande un sapore dolce.

Riguardo alla sua azione fisiologica, Kossel ha trovato che gli animali a cui si somministrane dosi elevate di questa sostanza perdono completamente l'appetito, diminuiscono di peso ed al 14º giorno presentano pigmenti biliari nell'urina. Se si cessa l'uso della dulcina, gli animali ritornano abbastanza rapidamente allo stato normale. Le dosi medie non hanno alcun effetto nocivo. Le iniezioni sottocutanee di dulcina negli animali, eseguite da Stahl, non produssero alcun disturbo, anche se le dosi erano elevate. Ald ehoff che somministro per 20 giorni ad un cane, del peso di circa 3 Kg., 1 grm. al giorno di dulcina, ebbe per effetto la morte dell'animale con sintomi d'itterizia. Kobert controllò le ricerche dei precedenti autori e venne alla conchiusione che le alte dosi sono nocive, mentre le piccole non producono alcun danno.

In clinica la dulcina è stata usata da Ewald, alla dose di grm. 1,50 al giorno, sensa inconvenienti, anche in malati con fenomeni di dispepsia.

Secondo H. Hager, la dulcina è un antisimotico, e merita di essere adoperata non solo per addolcire le medicine e nella dieta dei diabetici, ma anche per preparare limonate, bibite spumunti, ecc. Non ha alcan effetto necivo sul la di gestione, come la saccarina.

Secondo Pasokis lo saccarina è perfettamente inoffensiva. Starling l'ha prescritta in 6 disbetici ed inoltre se ne è servito ordinariamente nei bambini per adfoleire l'olio di fegato di merlusso.

Secondo lui, la dulcina ha i seguenti vantaggi sulla saccarina: questa riesce a molti agradita mentre il sapore della dulcina è più naturale, cioè più simile a quello dello zucchero; la saccarina non è affatto innocua, mentre la dulcina, a dosi opportune , certamente non ha alcun eftetto nocivo (Münchener medicinische Wochenscrift, n. 50, 1896). De Grazia

LAVORI ORIGINALI

Villa di Salute per le nalattie mentali in Palbemo MERTTA DAL PROP. LINGRIO LO JACORO.-L'A-ZIONE DELLA SCOPOLAMINA NEGLI ALIENA TI. Nota preliminare del dott. S. Tomasimi.

Le già numerosa schiera degli ipnotici e dei sedativi, va sempre più aumentandosi di nuovi preparati, ed atteso l'uso continuo e quotidiano di essi nei manicomi, ci corre quasi l'obbligo di studiarne l'azione, per conoscerne di ciascuno particolarmente gli effetti nelle varie malattie mentali, onde avere una guida nel preferirae uno ninttosto che un altro.

Oggi è la volta della scopolamina, che, a quel che mi sappia, non è stata finora usata in Italia; onde mi sia permesso di dare, in questa noticina, un sunto delle mie ricerche, riserbandomi di pubblicare in altra occasione uno studio completo su di essa, anche dal lato comparativo con sostanze di azione fisiologica e terapeutica simile, come la

duboisina, la iosciamina coc.

Era già nota la virta midriatica delle radici della scopolia atropoides, pianta della famiglia della solanacce: azione dilatatrice sulla pupilla che dallo Schmidte dal Sichert venne attribuita alla presenza nelle dette radici, della iosciam ina.

Il Bender, più tardi, atudiando in grandi quantità di radici di scopolia ottenne, oltre alla iosciamina, dei cristalli di un altro alcaloide, che a prima giunta ritenne foese la loscina di Ladenburg, da lui ottenuta per la prima volta sotto la forma cristallina.

Lo Schmidt riprese glistudi di Bender e trovò che questi cristalli non erano per nulla costituiti da ioscina, me erano invece cristalli di una nuova base, che disse scopolamina, dal nome della pianta da cui vene estratta, ed alla quale assegnò la formula C'HanO4.

. Come si vede da questa formula, è utile qui ricordare che il nuovo alcaloide non è isomero

dell'atropina e della fosciamina, come lo è la foscina; ma è invece isomero della cocaina.

È importante altresi aggiungere che questo alcalcide non esiste soltanto nelle radici della 800polia atropoides, ma si trova anche, sebbene in piccola quantità, nei semi della Datura stramoreism, nella radice di belladonna e in grandi quantità nei semi di *Hyoscyamus* e nelle foglie di duboisia : ansi è stato dimostrato che i preparati di ioscina del commercio non sono che sali di ecopolamina.

Di questa, in commercio vanno due sali : il bromidrato ed il solfato; il primo moltopiù usato

In terapia, fino a poco tempo fa, la scopolamina veniva adoperata soltanto in oftalmoiatria, come midriatico superiore all'atropina, specialmente da Bāhlmann, che pel primo la prescrisse, e in seguito dallo S mith, Belliar mino w, Illig. Martelli della clinica di Palermo e Sarti di quella di Bologna.

Ma l'azione fiziologica della zcopolamina avea fatto note altre proprietà, che potevano rinscire

molto utili in terapia.

Essa è stata studiata da Kobert e da Rostislay, i quali pervennero a queste conclu-

la scopolamina dilata la pupilla, arresta o diminuisce sensibilmente la secrezione salivare e l'escrezione del sudore, paralissa i gangli motori dell' intestino. Per questa parte, quindi, l'asione della scopolamina è simile a quella dell'atropina: però se ne differenzia per l'azione che ha su altri organi e specialmente sul cervello e sul cuore.

La scopolamina, cioè, raltenta il polso; però a dosi un pò forti, dapprima produce un rallentamento, che viene tosto seguito da un passeggiero acceleramento ed al quale vien dietro un nuovo rallentamento. Essa inoltre non produce paralisi del vago, ed aumenta la pressione endovasale per eccitazione del centro vaso motore.

Sembra che non abbia alcuna influenza sul re-

Al contrario dell'atropina, essa diminuisce sensibilmente l'eccitabilità cerebrale: azione per noi importantissima e per cui abbiamo creduto utile usarla in certe malattie mentali.

La scopolamina è stata usata solo da pochi nell' insonnia, tanto comune fra i passi, come da Ernst, Belliarminow, Peters, Illig, v. Krüdener, Szalay.

Più di tutti venne usata da Ernst per via ipodermica, alla dose di 0,0005 a 0,001 come sedativo nelle peicosi collegate a sovraeccitazione; ed egli l' ha visto riuscire efficace, specialmente nei casi in cui le continue eccitazioni determinavano l'esaurimento degli infermi.

Ad un risultato contrario è venuto Saalay, il quale usò la scopolamina in 39 donne e 35 uomini, praticando in tutto circa 300 iniexioni sottocutance.

Egli venne alla conclusione che il bromidrato di scopolamina è inutile come ipnotico, e che come sedativo gli è giovato solo in qualche raro caso

Di fronte ai risultati contradittori di questi due autori, i soli si può dire, che abbiano adoperato simile rimedio, era utile, se non necessario, riprendere gli esperimenti.

Ho adoperato per le mie ricerche, tanto il bromidrato che il solfato di scopolamina, ottenendone uguali risultati.

Ho praticato delle iniezioni ipodermiche da 1_[4] di mmgr. a 1 mmgr., notando sempre la frequenza del polso e quella del respiro, e le oscillazioni di temperatura, prima e dopo le iniezioni, lo stato delle pupille.

Io non sto qui a descrivere minutamente tutti i casi, e son moltissimi, in cui da sei mesi circa ho usato la scopolamina, credendolo superfluo: riporto solo le conclusioni a cui son giunto, corredandole di opportune osservasioni.

Ho ottenuto quasi costantemente, dopo due o tre minuti dall' iniezione, il sonno: nelle donne molto più facilmente e in una percentuale maggiore che negli uomini.

L'inierione della scopolamina non produce alcun dolore ne alcuna lesione nel punto iniettato: non si ha con l'uso di essa alcun periodo premonitorio di sovreccitazione: l'infermo a poco a poco placidamente cade in una calma, che si va facendo sempre più profonda, apre e richiude con stento le palpebre, finche vien preso da un sonno calmo, quieto, profondo, non interrotto da sogni o da allucinazioni.

Il polso è sempre regolare, ritmico, solo pochissimo diminuito in frequenza, poichè le piccole dosi lo fanno diminuire di due a quattro pulsazioni al minuto primo, le dosi più forti lo rendono da quattro ad otto pulsazioni meno frequente.

Il respiro non subisce alcuna modificazione, e la temperatura si mantiene costante.

La pupilla non si dilata moltissimo, mettendola in rapporto alla forte azione midriatica, che possiede la scopolamina.

Cessata l'asione del farmaco, negli ammalati non si nota quell' agitazione psico-motoria nella quale erano in preda prima dell'uso del farmaco; gli ammalati dopo svegliati, cioè, rimangono in in una relativa calma e con un certo benessere più o meno prolungato a seconda la dose iniettata. Debbo soggiungere però, che non ho visto mai grandi prostrazioni di forze, o alterazione alcuna nella motilità.

Il sonno che provoca è più o meno prolungato, secondo la dose: con 114 di mmgr., si ottengono da 4 a 5 ore di sonno, mentre con una dose doppia il sonno può prolungarsi fino a 7 e anche 8 ore, sonno continoato, senza alcuna interrusione. Ho già accenuato che la dose di scopolamina necessaria a provocare il sonno è maggiore negli uomini che nelle donne, nelle quali il sonno ha anche una maggiore durata.

Gli infermi che hanno subito l'azione della scopolamina, non accusano alcun disturbo, non fanno menzione di sensazioni spiacevoli, conservano l'appetito solito, non mostrano disgusti e nausee, come si ha con l'ioscina.

Ho osservato anche, che, come con altri medicamenti, l' infermo si abitua faci mente all' uso della scopolamina: e ricordo un' inferma, da poco ricevuta per pazzia ciclica, che la prima volta fu presa subito da un sonno calmo e profondo, che durò circa sei ore, con una iniezione di appena 1/4 di mmgr. di scopolamina, dose che non ebbe alcun effetto la seconda volta: e per la terza iniezione si dovette aumentare la quantità a 1/2 mmgr. Debbo soggiungere che in questa ammalata agiva poco anche il sulfonale e il cloralio.

Oltre l'effetto ipnotico è notevole l'asione sedativa della scopolamina.

L'agitazione psico-motoria acuta o cronica, sia nei maniaci che nei dementi, e quella così grave dei lipemaniaci diminuisce sensibilmente, e gli ammalati, svegliandosi dal sonno provocato, rimangono molto più quieti e calmi.

Quello che non posso tralasciare di particolarmente indicare, è l'azione benefica che essa svolge nei casi di mania acuta e negli accessi di pazzia ciclica.

Nel periodo in cui ho usato questo farmaco, mi è stato dato di osservare due casi di manla acuta, che ho visto subito avviare alla guarigione esclusivamente per azione della scopolamina, il solo farmaco adoperato.

Noto specialmente una ragassa, C. N., di anni 16, accolta per mania semplice, la quale fin dalla prima iniezione cominciò a migliorare notevolmente, e dopo pochi giorni l'insonnia e l'agitazione sparirono completamente.

E ricordo due casi di pazzia ciclica in donne, nelle quali questi accessi si ripetevano con la distanza di pochi mesi, e in cui, sotto l'azione della scopolamina, l'agitazione psico motoria venne grandemente diminuita, l'insonnia si fece meno intensa ed il decorso dell'accesso molto minore.

Avendo ottenuto simile favorevole risultato nelle forme maniacali, ho voluto vedere se una simile benefica influenza si svolgesse pure negli affetti di frenosi epilettica: ho voluto osservare, cioè, se gli accessi di epilessia, negli individui ciò s'intende, a cui avevo sospeso la sommini-strazione dei bromuri e di altri farmachi, venis-

Debbo subito dichiarare, che in quindici casi, nove uomini e sei donne, non ho ottenuto alcun risultato apprezzabile: gli accessi si succedevano. come nel periodo in cui non si somministrava alcun rimedio: ansi alcuni ammalati mi reclamavano la somministrazione dei bromuri.

Aggiungo anche che in questi individui la scopolamina non provocava molto facilmente il sonno: azione questa che merita di essere molto più profendamente studiata, che non in questa semplice nota, avuto riguardo all'asione fisiologioa da eessa svolta e notatada Kobert e Rostislay, di diminuire, cicè, l'eccitabilità cor-

Non è stato solo negli epilettici che mi è mancata l'azione ipnogena: anche in altri casi ho dovuto iniettare una dose relativamente grande, rispetto alla dose solita da me adoperata, per ottenere il sonno, ed alcune volte questo non veniva. Questo fatto l'ho riscontrato specialmente in alcuni dementi, in cui la malattia datava da moltissimi anni, che erano abitualmente agitati e quasi sempre insonni. In questi ammalati, il cui organismo è abituato ad un' insonnia continua, che nessun farmaco a dosi medie riesce a vincere, è solo in questi casi che la scopolamina non svolge la propria azione.

Le mie ricerche, quindi, mi portano alle seguenti onclusioni, che spero presto vedere confermate da altri:

la scopolamina è un buon ipnotico nei casi di agitazione accessuale: non lo è nei casi di insonnia abituale:

essa produce un sonno calmo, quieto, che si avvicina al figiologico;

non porta disturbi consecutivi in organi speciali: non provoca nausee o altro;

essa è un eccellente sedativo, adoperato specialmente nei casi di agitazione maniacale acuta e di pazzia ciclica:

gli ammalati si abituano facilmente al suo uso, e bisogna nelle successive iniezioni aumentare

non ha alcuna influenza nel modificare gli attacchi di epilessia.

LE CLINICHE AMERICANE

Clinica medica di Baltimora (prof. W. Osler). La cura dell' angina pectoris

Il primo e più importante còmpito di un medico, chiamato a curare un caso di angina pectoris, è la conoscenza del carattere della malattia e dello stato in cui essa si trova.

Per potere avere degli effetti favorevoli, biso-

sero modificati sia per intensità, che per durata gna, prima di ogni altro fare una esatta diagnosi; ed in certi casi la diagnosi e la prognosi costituiscono in sè stesse una parte fondamentale della

> Cosi, per esempio, basta conoscere che l'angina è semplicemente funzionale, hasta assicurare ciò agli ammalati, perché finisca ben presto il timore della morte istantanea e si allontanino anche gli accessi.

> Occupiamoci per ora della cura dell'angina vera. Occorre prima di tutto determinare, per quanto è possibile, se esista qualche affezione costituzionale, come la sifilide, la gotta, il diabete o delle lesioni valvolari.

> Bisogna, inoltre, indagare attentamente, quali siano le cause eccitanti, che determinano gli attacchi, potendo variare nei diversi casi.

> Conviene, allora, consigliare all'ammalato di evitarle, per quanto certamente è possibile.

> In linea generale, però, è da raccomandare che il lavoro sia calmo e moderato, del corpo e della mente.

> Sul proposito, una questione importante si affaccia; deve, cioè, un individuo, affetto da angina, occuparsi dei suoi affari? Nella grande maggioranza dei casi, questo sacrificio non è necessario; la letteratura è piena di esempi di uomini, i quali, come John Hunter, hanno prodotto le migliori opere della loro vita, dopo alcuni attacchi di angina.

> Però, non si può certamente per tutti i casi stabilire un'unica legge; ogni individuo deve essere considerato separatamente.

> Debbono, sul proposito, guidare il medico: l'età del paziente, la sua occupazione e, quel che più. lo stato del suo sistema vascolare.

> Nei casi gravi, prodotti da leggieri sforzi muscolari, è necessario per un certo periodo un riposo assoluto. In linea generale, deve essere prescritto un esercizio moderato, eccetto i casi in cui esistano segni speciali di debolezza cardiaca; allora può essere tentata la ginnastica col metodo di Schott.

> La dieta è, nella maggior parte dei casi, il punto principale della cura.

> Gli individui, affetti da angina, hanno spesso grande appetito e sono quindi abituati a mangiare abbondanti cibi.

> E compito del medico determinare la quantità e la qualità dei cibi, come pure le ore dei vari

> E' necessario, ordinariamente, nei casi di angina, che sia limitata la quantità dei cibi, ed invero uno stomaco molto disteso, può alcune volte determinare degli attacchi.

E importante pure la qualità di essi.

Delle diete speciali possono essere necessarie pei pazienti, che hanno gotta o glucosuria, ma nei casi ordinari il cibo deve essere regolato, tenendo conto di vari fatti, specialmente della fia-

Molti scrittori dánno ad essa una grande importanza etiologica nella produsione degli attacchi ed hanno ragione.

In linea generale, ordinariamente, si limita mol-

to, negli individui affetti di angina, l'uso degli idrati di carbonio; si debbono anche bandire del tutto, o usare in poca quantitá, le sostanze eccitanti.

Dopo aver parlato del regime degli ammalati di angina, occupiamoci della cura generale della malattia.

Fra le condizioni costituzionali che determinano l'angina pectoris, sono capaci di curs: la sifilide e la gotta.

Quando l'angina genuina si manifesta in un uomo al di sotto dei 85 anni, nasce subito il sospetto di sifilide e si debbono adottare le misure più energiche.

Nei casi di gotta, si deve determinare un'abbondante eliminazione dagli intestini, dalla pelle e dai reni, dei prodotti nocivi; si ordini una cura adatta e l'uso dei colchico ad intervalli.

In un gran numero di casi di angina pectoris, la cura farmaceutica consiste nella somministrazione dei joduri e dei nitriti. L'uso del joduro di potassio e di sodio, in queste malattie è stato propugnato da Huchard il quale afferma che di ottanta pazienti di angina; trattati con questo farmaco, 22 guarirono e 48 migliorarono molto.

L'azione benefica dei joduri consiste nell'arrestare il processo di arterio-sclerosi e nell'abbassare la pressione sanguigna.

Essi possono anche avere una certa influenza sul dolore delle arterie.

Nei casi, da me curati con questi farmachi, pur non avendo avuto degli esiti così favorevoli, come quelli di Huchard, ho ottenuto pur nondimeno degli importanti risultati.

Io adopero, ordinariamente, il joduro di potassio alla dose di dieci a quindici granuli tre volte al giorno; non è necessario ricorrere a dosi più elevate. Il successo della cura dipende dalla perseveranza con cui è usato questo farmaco; esso, per lo meno, deve essere preso per un periodo di due a tre anni.

Si deve porre però attensione a non somministrare i joduri ai pazienti, che presentano avanzata degenerazione arteriosa, un cuore dilatato e segni di nefrite interstiziale.

I nitriti, nello stato di ipertensione e nell'angina pectoris, sono di un valore uguale ai joduri. Il nitrito di amile è impiegato nel parosismo.

La nitro-glicerina o trinitrina, s'adopera in tutti i casi, in cui la tensione è permanentemente elevata.

Data a proposito, essa è un rimedio di gran valore.

Si badi però, prima di tutto, che la nitro-glicerina, tanto in solusione che in capsule, sia di recente preparata.

Le capsule ne contengono ordinariamente un centesimo di grano; è glusto incominciare con una di esse, tre volte al giorno. Questa dose può aumentarsi gradatamente, fino a che il paziente ne prende quattro a cinque, tre volte al giorno, od anche di più.

Il nitrito di sodio, raccomandato da Hay, può anche adoperarsi alla dose di 10 grani, tre volte al giorno.

Oltre di questi farmachi, l'arsenico anche porta qualche giovamento, nell'angins.

Balfour lo consiglia, specialmente nella debolezza di cuore dei vecchi.

In casi di debolezza di cuore, con anemia, sono dei rimedi molto importanti il ferro e la stricnina.

Passiamo ora a considerare 'la cura degli ac-

Molto frequentemente i parosismi sono determinati da disturbi gastro enterici, per cui è necessario, prima di ogni altro, di curare questi.

Non deve far per ciò meraviglia l'assersione di Ord, il quale preferisce in molti casi il solfato di magnesia al nitrito di amile.

Se il pasiente, quindi, soffre di tali disturbi, deve prendere od un purgante salino o delle piccole dosi di calomelano

Una cura molto pronta è necessaria per la flatulenza.

Si consigli allora il liquore anodino di H o ffmanne lo spirito canforato; un cucchiaio di queste sostanse, in un po' di acqua di menta piperita o di orsata calda, costituisce un eccellente carminativo.

Anche una miscela di morfina, canape indiana, iosciamina, capsico, menta piperita, cloroformio, produce alcune volte degli effetti favorevoli.

È molto comoda la somministrazione di queste sostanze in capsule.

Per combattere direttamente il parosismo, si adopera, prima di tutto, il nitrito di amile.

L'inalazione del nitrito di amile, posto nella quantità di due a cinque gocce, in un fassoletto, dà dei pronti vantaggi in certi casi.

I pasienti hanno l'abitudine di portare questa sostanza in perle che ne contengono tale quantità, le quali si possono rompere nel fazzoletto e venire subite inalata.

L'introdusione di questa sostanza, nella cura dell'angine, è dovuta a Lauder Brunton; la sua azione, però, è molto incerta.

Quantunque la sua asione fisiologica sia quella di dilatare i vasi periferici, pur non di meno io la ho trovata meno efficace nei casi di angina vasomotoria.

Oltre che per inalazione, essa può adoperarsi per via interna, mescolata alla tintura di capsico, in acqua di menta.

La morfina, iniettata ipodermicamente, è il migliore formaco che si possa adoperare negli accessi.

Si fanno delle iniezioni da un centigrammo e si ripetono dopo una mesz'ora o dopo tre quarti d'ora se il paziente non è ancora migliorato.

Un termo farmaco, che può essere adoperato, nell'angina, come il nitrito di amile, è il cloroformio.

Esso agisce in un modo più pronto e più efficace dell'etere; io non ho riscontrato alcun effetto dannoso dal suo uso, anche nelle persone con debolezza cardiaca.

In quanto alle complicazioni degli attacchi, ecco quello che bisogna fare:

per combattere la sincope successiva ai forti accessi, possono essere somministrati : l'alcool aromatico d'ammoniaca col liquore anodino di El offmanne con cognes, o possono anche farsi delle iniestoni ipodermiche di etere o di canfora;

per la dilatazione di cuore e per la debolesza cardiaca, la quale alcune volte segue l'accesso, può indicarsi la nitro-glicerina, con forti frisioni ai lombi, le quali favoriscono la circolazione alla periferia, come pure può somministrarsi la digitale o la digitalina, che servono da eccitare l'asione cardiaca.

Non si può stabilire, però, alcuna legge assoluta

sull'uso dalla digitale.

Essa, alcune volte, da dei cattivi risultati, come avvenne in un caso, studiato diligentemente da Sharplett di West-Chester.

La caffeina e la canfora possono anche ado-

perarsi a questo scopo.

Se tutti questi farmachi non producono alcuna assione efficace, lo non esito a servirmi della puntura del cuore (cardiocantesi), la quale può rendere

più forte un cuore dilatato o paretico.

In non so se questo metodo di cura sia stato adoperato nell'asistolia cardiaca, successiva ad un grave perosismo di angina, ma vi sono dei cusi, fra cui quello di Sioane, in cui la puntura dei cuore, con un ago, ha servito ad eccitare un cuore indebolite, sensa che abbia recato, almeno apparentemento, delle conseguense danzoce.

Per combattere la dispues ed il respiro di CheyneStoke, possono adoperarei le inissioni di stricnina alle dose di un quarantesimo ad un ventesimo di grano, tre o quattro volte al giorno.

Nella pasudo-angina pasioris, il princidale compito del medico è quello di combattere la neu-

rastenia o l'isteria,

Nelle forme gravi, specialmente associate con disturbi vaso motori, si può tentare con la speranza di ottenere dei risultati vantaggiosi, il metodo di Wair-Mitchell.

Anche molto soddisfacenti sono i vantaggi che si ottengono col massaggio sistematico, coll'elettricità, coll' idroterapia, coll'uso sistematico degli impacchi umidi, seguiti da frisioni.

I farmachi sono di un'asione dubbia ed incerta. Ad ogni modo, a regolare l'azione cardiaca ed i disturbi vasomotori, possono prescrivorsi i

bromuri, la valeriana, la nitroglicerina.

Quando gli attacchi di angina sono dovuti all'abuso del tabacco, si deve consigliare il pagiente di smettere dalla sua cattiva abitudine, nè io credo che per questo fatto, agli possa risentire alcun danno (New-York Medical Journal, 19 decembre 1896).

Grece

PRATICA DELLA MEDICINA

Sourcanto. — 1. Sulla rigidità delle pupille nelle conontsioni isteriche. — 2. Cura del morbillo e delle me complicanse. — 8. Speciale stato epoumodico delle vene. — 4. La idroteropia nella sifilide. — 5. Sull'uno dell'analgeme nella teropia infantile. — 6. L'esagernaione dei rificoi tendinsi negli ateromatori.

Karptus.—Sulla rigidità delle pupille nelle conveleleni istoriabe

Mentre generalmente si ammette, che durante l'accesso isterico le pupille reagiscono alla luce e di questo sintoma se ne fa un carattere differenziale fra l'accesso isterico e l'epilettico, Karplus in alcuni casi ha trovato che le pupille, durante le convulsioni isteriche, non si restringevano sotto l'asione della luce.

Un case di rigidità pupillare durante l'accesse isterice, venne già pubblicate dai Fèrè nel 1882 ma nessun'altra osservazione venne a confermare

in seguito quella del Fèrè.

Il Karplus, per studiare il modo come si comportano le pupille durante l'accesso istàrico, si è servito di un blefarcetato automatico di Mellingere per itiuminare l'occhio, di una lampada a mano di Priestley-Smith, mentre protraendosi l'osservazione per tutta la durata dell'accesso, instillava di tempo in tempo, una goccia di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

L'autore poté così accertarsi che la rigidità pupillare si verificava durante la fase tonica dell'accesso, non durante il rilasciamento muscolare, nella quale fase le pupille reagivano prontamente alla luce.

Altre osservazioni porteranno maggior luce su questo argomento, e principalmente dimostreranno se la rigidità pupillare si verifichi o no anche negli accessi isterici in cui non ci sono spasmi e quali particolari bisogni ricercare per stabilire se nel dato caso la rigidità papillare debbasi mettere a conto dell'isterismo o della epilessia (Wiener klimische Wochenschrift, n. 52, 1886).

De Grania

Cheren.—Cura del merbille e delle cue complicauxe.

La prima indicazione riguarda l'igiene.

Nel morbillo, come in generale nella maggior parte delle malattie infettive, l'ammalato deve occupare una stanza abbastanza ampia, in cui la temperatura oscillerà intorno ai 180.

Nei casi di morbillo semplice, l'infermo dovrà guardare il letto anche sei ad otto giorni dopo il periodo di erusione, e bisogna star guardinghi, specialmente per i bambini al disotto dei S anni, i quali difficilmente rimangono costantemente a letto, dai facili raffreddamenti.

Quando la malattia decorre normalmente, si può fare a meno di qualanque cura medica.

Quanto all'alimentazione, se la febbre è leggiera, bisogna preferire il latte, i brodi, le uova. Se esiste diarrea, e questa si mostra estinata, si prescriveranno, il sottonitrato di bismuto, l'acqua di calce, ecc., ovvero si praticheranzo dei clisteri d'acqua borata tiepida al 10/o.

Se contemporaneamente la tosse è insistente, oltre le inalazioni di vapori d'acqua, le applicazioni calde al collo, si somministrerà a cucchiaio da caffè la seguente posione:

Badice d'ipecacuena centgr. 20 f. infuso alla colatura di colatura di Aggiungi:

Nitrato di potassio gr. 2 Acqua di lauro ceraso « 1,50 Sciroppo d'alt-a « 80

La congluntivite si combatterà con una soluzione d'acido borico al 8°₁₆.

Molto scrupolosa deve essere l'antisepsi della bocca,

Si può adoperare, per gargarismi, la seguente soluzione:

Timele centigr. 15
Acido fenico gr. 5
Acqua litro uno

Ovvero, per pennellature alla dietro bocca, la seguente miscela:

Glicerina gr. 20
Borace o Salolo « 1

Allorquando la temperatura si elevi di molto, si potrà combattere l'ipertermia con i bagni tiepidi, il bromidrato od il cioridrato di chinina. Com by non teme di adoperare l'antipirina, modificando le dosi a seconda l'età.

La forma polmonare del morbillo è sempre grave. Oltre i cataplasmi senapizzati, le ventose, ecc., un vomitivo a base d'ipecacuana può alle velte rendere dei buoni servigi, se l'infermo non è molto indebolito, ovvero non è minacciato dal collasso.

Il bagno freddo è la sola cura efficace quando esiste febbre elevata con adinamia.

Si farà un bagno freddo a 20°, ogni tre ore per cinque minuti, tutte le volte che la temperatura si mantiene a 59° e più.

I bagni tiepidi a 80°, 82°, quantunque meno efficaci, sono tuttavia utili.

Nello stesso tempo si praticheranno delle iniezioni di caffeina, ovvero si ricorrerà agli ordinari farmachi d'azione tonica generale.

La stomatite, la quale complica assai frequentemente il merbillo, sarà prevenuta con l'antisepsi della bocca.

Nella comparsa di una epistassi abbondante si potranno adoperare dei batuffoli di cotone idrofilo imbevuti in una soluzione concentrata di antipirina o di cocaina.

Auche l'antisepsi della dietrobocca costituisce il mezzo preventivo per la manifestazione delle otiti.

Il morbillo è contagioso durante il periodo di invasione ed anche in quello di eruzione.

Un isolamento dell'ammalato per un certo tempo, dopo la scomparsa dell'erazione, è sempre indispensabile e prima che ritorni alla vita comune, dovranno praticarsi uno o due bagni.

Un fanciulio che è stato in contatto con un morbilioso, dovrebbe essere escluso dalla scuola almeno per dieci giorni, e naturalmente non si

dovrà trascurare la disinfezione degli ambienti, dei vestiti e della biancheria con cui è state in contatto.

Ed è sempre utile, per quanto ancora non sia stato dimostrato che gli individui non affetti dalla malattia, possano trasportare il contagio, che i medici e gli infermieri non trascurino le opportune precauzioni (*Le Bullettin mèdical*, n. 102, 1896).

Bentivegna

H. Schlesinger.—Speciale state spasmedies delle vene.

L'autore ha avuto occasione di osservare in due ammalati, speciali alterazioni delle vene sottocutanee delle estremità, le cui pareti, al tatto, sembravano straordinariamente sp. sse, rigide, difficilmente compressibili. Que te ma lificazioni delle vene si erano verificate, senza alc una causa locale apprezzabile. Uno dei casi da lui osservati, fu seguito dall' autopsia, ed all' es: me istologico dei detti vasi si trovò la parete i rtemente inspessita, il lume ristretto (fleboscle: osi), mentre le arterie erano integre.

In altri due casi anal ghi, che l'autore in seguit. ha osservato, il processo morboso che aveva colpito le vene, doveva e sere diverso, giacché in alcuni giorni le vene delle estremità apparivano come cordoni rigidi, facilmente visibili e palpabili, mentre in altri nou erano più palpabili, me semplicemente si vedevano a traverso la pelle in forma di linee bluastro.

Altre osservazioni dimostrarono all'autore che le dette vene ripigliavano la forma di cordoni rigidi, quando si faceva agire localmente il freddo o si eseguiva forte massaggio o si applicava una debole corrente far lica lungo il loro decorso. Dall'altra parte, F) si faceva agire localmente per lungo tempo il reddo, dopo pochi minuti la parete venosa spes. a, diveniva molle ed il. yaso non era più palpabile. Per questi casi l'autore pensò trattarsi probabilmente di un anormale stato di condizione della vene cutanee. Ed in appoggio di questa opinione adduce la seguente prova: egli estirpò un tratto di una di tali vene in un ammalato; le pareti venose prima fortemente rigide e dure al tatto, subito dopo l'atto operativo collabirono e l'esame istologico dimostrò la loro perfetta integrità.

Le osservazioni fatte non permettono per ora di stabilire alcun nesso tra questa particolare modificazione delle vene ed eventuali malattie interne (Wiener klinische Wochenschrift, n. 52, 1896).

De Grazia

A. Neisser.—L'idroterapia nella sifilide.

Il mercurio è l'unico rimedio veramente efficace e diretto della sifilide; tutti gli altri rimedi sono semplicemente coadiuvanti e lo stesso può dirsi della cura della sifilide con i bagni.

I bagni possono giovare, come cura locale, nelle manifestazioni cutanee della sifilide, negli esantemi papulosi duri o nelle forme ulcerative

estesamente disseminate. Dall'altra parte, l'autore è di avviso che la idroterapia agevoli la cura mercuriale, sebbene non sia faeile dirne la ragione. Forse i bagni rendono più facilmente attaccabile il virus sifilitico da parte del mercurio introdotto nell'economia; forse il mercurio viene assorbito più rapidamente, essendo resi più vivi gli scambi nutritivi per l'asione dei bagni. Sotto questo punto di vista, debono preferirei quei bagni, cha per la lore compessimose (sali, acido carbonico) e per la lore temperatura, sieno in grado di agire più efficacemente sui sistema nervoso periferico e sul ricambio materiale.

Importante è stabilirs quale cura mercuriale meglio si convenga in associazione della idriatrica. Se si fa la cura delle frizioni, c'è l'inconveniente che il mercurio spalmato sulla superficie cutanea, sia reso dai bagni più o meno inefficace, giacchè meccanicamente es o vien tolto via. Se il bagno poi contiene solfo, il mescurie si trasforma in un composto insolubile. E la stessa obiezione regge anche se si ammette che le frizioni mercuriali agiscano per il mercurio che si volatilizza e viene assorbito dai polmeni. Dimodochè, quando si fanno le frizioni, bisogna evitare i bagni.

Invece i bagni non indeboliscomo per nulla l'effetto della cura mercuriale, quando questa si pratica per la via interna o sottocutanea, ansi la favoriscono, e per ciò l'antore li raccomanda.

I bagni soli senza cura mercuriale, non hanno alcuna efficacia. I bagni specifici (sublimato) sono del pari inefficaci, giacchè le sostanze medicamentose sciolte nell'acqua non sono assorbite dalla pelle intatta (Zeitschrift für praktische Acersie, n. 24, 1896).

De Grania

Monservo.—Sull'ase dell'assalgene nella terapia infantile.

Sin dal 1885, l'autore ha cercato di valutare nella clinica infantile, il valore terapeutico della maggior parte dei derivati della serie aromatica, come l'antipirina, la tallina, la fenacetina, l'acetanilide, l'esalgina, la salipirina, la fenocolla, riguardate dal punto di vista del loro potere antisettico, analgesico, antitermico ed emostatico.

La variabilità d'azione di parecchi di questi corpi, la tossicità spicuata, hanno spinto, il Dettor Vis di Friburgo, a ricercare un corpo avente le uguali proprietà, dove l'equivalente tossico fosse di molto diminuito.

Il tentativo è riuscito, fornando alla moderna terapia, un nuovo composto aromatico, chiamato dall'autore «analgene» (orto-etossil-anamobenzoilamido chinolina).

Questo medicinale è una polvere bianca, cristallina, inodora e insipida; insolubile nell'acqua e nell'alcool a freddo, più solubile nell'alcool se caldo; solubile nell'acqua acidulata.

L'autore ha studiato il medicinale, usandolo in 59 ragazzi affetti da diverse malattie, e ne ha concluso: che l'analgene, ottenuto dal dottor Vis di Friburgo, ha azione antitermica, e del pari agisce come analgesico.

L'innocuità di questo nuovo preparato, ne permette l'uso nei ragazzi, anche perchè insipido.

Usato nella febbre palustre nei bambini di 20 giorni ai ragassi di 18 anni, l'analgene è efficacissimo.

Il valore antitermico, si rivela, tanto nei casi di tubercolosi acuta, come nella linfangioite.

Nei casi di corea, d'isteria e di epilessia parziale, il medicinale risponde bene.

Si può usare per combattere i dolori di ordine diverso, nelle nevralgie, nel mal di Pott.

L'analgene, è stato ben tollerato; non sono apparsi esantemi, non adinamia, non vertigine. non cefalea, non ronzio all'orecchie.

Ad alte dosi, e prolungate, il medicinale, colora le urine in rosso-giallastro, dovuto questo colorito, probabilmente, alla materia colorante del sangue, ma l'analisi non ha addimostrato nè albume, nè succhero.

L'analgene fu somministrato alle dosi da 25 centigrammi a 8 grammi nelle 24 ore, in sospensione in sciroppo o in cartine (Bulletin de therapeutique, 80 decembre 1896).

Vajana

Grandmalcon.—L'esagerazione dei riflessi tendinei negli ateremetesi

In presenza di un aberomatoso, la prima cura del medico è quella di ricercare quale sia lo stato delle sue funzioni cerebrali, ma spesso si dimentica di interrogare la funzione della midolla spinale, la quale non è certamente risparmiata dal processo ateromatoso.

La circolazione della midolla, mantenuta dalla arterie spinali, non è meno attiva di qualla delle arterie cerebrali ed i suoi elementi nervosi non sono meno sensibili e delicati di quelli del cervello.

Se questi non hanno rapporti intimi e diretti con la funzione intellettuale, certamente, per la molteplicità dei centri riflessi e le loro relazioni con la corteccia cerebrale, esercitano un'influenza capitale sulla locomozione e gli atti incoscienti della vita organica.

In base a questi criteri, l'autore, avendo riscontrato più volte negli individui ateromatosi la trepidazione epilettoide e la esagerazione manifesta del riflesso patellare, ha creduto utile di ricercare sistematicamente questi due sintomi in circa 26 infermi affetti da ateroma manifesto.

Il risultato di queste osservazioni cliniche ha dimostrato: che 11 volte su 14 casi negli uomini e 9 su 12, nelle donne, la midolla spinale era evidentemente offesa: quasi in tutti i casi si mostrò il clono del piede, e poche volte mancò l'esagerazione del riflesso patellare.

L'autore crede di poter conchiudere, che se le osservazioni finora fatte, mancano del controllo anatomico, pur tuttavia i disturbi spinali si sono mostrati assai evidenti e netti da doverle distintamente rilevare negli ateromatosi allo stesso modo con cui si ricercano i disturbi cerebrali e le alterazioni vascolari (La Medecine moderne, n. 108, 1896).

Bentivegna

TERAPIA OSTETRICA

Chaleix-Vivie. — Cura della ritenzione placentare post-abortiva.

L'aborto completo costituisce sempre un grave pericolo per la salute della madre, contro il quale bisc gna mettere a profitto, con la maggiore sollecitudine, la tecnica più precisa e ben definita nei suoi particolari. Se si studia l'andamento ordinario dell'aborto, e si considera quali sono le condizioni anatomiche dell'utero nei primi mesi della gravidanza, si comprenderà con quanta frequenza e con quale facilità possa prodursi la ritenzione totale o parziale degli annessi, dopo l'espulsione del fetuscono l'insieme del quadro clinico dell'aborto, l'emorragia richiede anzitutto una cura energica e di immediata efficacia.

Le iniezioni vaginali calde, comunemente adoperate nella pratica, se possono arrestare sul momento la perdita di sangue, non determinano certamente l'espulsione degli annessi e quindi producono una emostasi infedele e passeggiera.

La segala cornuta, ed i suoi derivati, ergotina ed ergotinina, se trovano la loro indicazione nel presupposto teoretico che esse debbano arrestare l'emorragia per vaso-costrizione ed aiutare l'espulsione della placenta, eccitando le contrazioni uterine, la pratica, invece, non ha potuto giustificare questa opinione ammessa da lunga pezza.

Bimane, adunque, lo saffamento vaginale, il quale costituisce nei casi urgenti, il mezzo di cura più efficace e più prezioso.

Lo zaffamento vaginale oppone al sangue una barriera meccanica, e d'altra parte per la sua presenza in corrispondenza del collo, suscitando le contrazioni uterine, può facilitare l'uscita spontanea della placenta.

Ma il più delle volte l'emorragia non si arresta tanto facilmente, finocchè nello interno dell'utero esistano dei resti placentari, ed allora bisogna ricorrere a mezzi più diretti.

Il vuotamento digitale dell'utero, pur riuscendo qualche volta ad asportare tutta la placenta, è sempre un' operazione molto dolorosa ed assai difficile nelle primipare con vulva piccola e stretta. Invece riesce sempre efficace il raschiamento strumentale, fatto però con tutte le cautele e l'abilità richieste.

Quando per circostanze sfavoravoli momentanee, questa operazione non può essere prescelta, allora converrà meglio praticare lo zaffamento uterino, il quale agendo sul punto stesso dove avviene l'emorragia, mette l'ammalata al riparo di una perdita di sangue ancora più grave.

Il compito del medico non è ancora finito allorquando è arrestata un' emorragia grave. Anzitutto bisogna combattere l'anemia acuta postemorragica coi mezsi ordinari, non bisogna trascurare la trasfusione sottocutanea di siero artificiale.

Le manifestazioni infettive della ritenzione placentare reclamano anch' esse un'azione energica e pronta.

In questi casi, le iniezioni vaginali, e soprattutto le iniezioni endo-uterino, saranno di una utilità incontestata. Ma se l'infezione è molto grave, e ci troviamo in presenza di uno stato settico molto manifesto, allora bisogna sbarazzare l'utero al più presto ed il più complemente possibile (Gazette Hebdomadaire, n. 104, 1896).

Bentivegna

TERAPIA CHIRURGICA

Sebileau. — Cura dell' ernia ombelleale

Dal punto di vista chirurgico; le ernie ombelicali bisogna dividerle: in ernie ombelicali giovani e reducibili, e in ernie ombelicali vecchie e irriducibili; nelle prime l'operazione è semplice, nelle seconde invece è più difficile; i processi operativi differiscono nell' una e nell' altra categoria: nelle prime, bisogna, dopo la resesione del colletto del sacco, fare una buona sutura della parete addominale e della pelle; nelle seconde bisogna togliere un segmento della parete addominale, bisogna per ciò praticare l'onfalectomia.

L'autore descrive separatamente i due processi:

Cura radicale semplice. — Bisogna praticare sulla pelle una lunga incisione, aprire il sacco delicatamente, mobilizzare l'epiploon e l'intestino contenuto nel sacco, poi resecare l'epiploon, ridurre il moncone epiploico, e l'intestino, dissecare il sacco con cura, distaccandolo minutamente dallo anello fibroso al quale aderisce spesso, e in ultimo tagliare il sacco a livello del suo peduncolo.

In secondo tempo si passa a ricostruire la parete addominale; l'autore procede nel segnente modo: incide la guaina dei due muscoli retti, dopo averli messi a nudo; per buon tratto sul margine interno di ciascuno di essi, distacca le fibre muscolari dal loro inviluppo fibroso, poi con una prima serie di punti staccati cuce il peritoneo e il foglietto profondo della guaina dei retti, con una seconda serie riunisce questi con il foglietto superficiale, poi sutura la pelle con punti superficiali e profondi.

Tutto ciò riesce di una facilità, di una semplicità, di una solidità assoluta.

L'autore impiegando questo processo, così elementare, che non è altro che una modifica di quello di Quénu-Gersuny, ha ottenuto sempre dei buoni risultati...

Cura radicale con onfalectomia. — Nelle vecchie ernie ombelicali che contengono una grossa massa epiploica irreducibile, con anello larghissimo, il metodo operativo superiormente descritto è insufficiente; bisogna completarlo con l'onfalectomia.

Sarà un errore il credere, che la difficoltà della cura radicale risieda nella ricostruzione della parete addominale; ciò che è delicat), in questo atto operativo, e che richiede della pratica e della capacità chirurgica non comune, è la dis-

sezione, la separazione delle aderenze che uniscono l'epiploon e l'intestino al fondo e al colletto del sacco.

Quando si è resecato l'epiploon e ridotto l' intestino, il rimanente dell'operazione è faciliasimo.

Ecco come descrive l'autore il processo operativo, che suole praticare in simili casi.

Si fa sulla pelle una lunghissima incisione longitudinale, tagliando con prudenza, per non aprire il sacco. Si disseca il tessuto cellulare e si arriva sulla parete di questo, che bisogna, con grande precausione, incidere largamente dall'alto in basso, con tagli successivi, perché spesso si è costretti ad arrestarsi per le aderenze epiploiche.

Allora comincia il momento più delicato: la ricerca delle saldature dell'omento e dell'intestino, che bisogna rompere e legare separatamente ad una ad una; esse risiedono sul fondo del sacco, sulla parete e sul colletto; spesso poi il sacco possiede degli accessori dei diverticoli, dei cul-di-sacco assai tortuosi, dove si possono rinvenire aderense solidissime.

Non è sempre facile rendersi padrone del contenuto dall'ernia; oltre le aderense del sacco, le saldature con le parete addominale vengono sovente a complicare ancora più la manovra chi-

In questi casi, sulla guida del dito, introdotto nell'orificio ombelicale, bisogna incidere sulla linea alba in alto ed in basso, al disopra e al disotto dell'anello; con questo sbrigliamento le aderense profonde, la resesione dello epiploon, la riduzione dell'intestino, riescono facilissime.

Ridotto l'omento e l'intestino si passa alla ri-

costruzione della parete addominale.

Per mezzo di due grandi incisioni convesse in fuori, si pratica l'exercei della pelle e del sacco che vi aderises; sull'indice destro, si fa la resesione dell'anello ombelicale, di cui si seziona con la forbice curva la parte fibrosa, dopo avere messo bene a nudo la parete fibro-muscolare in tutta l'estensione del campo operativo, precausione sensa la quale non è possibile praticare la ricostruzione delle pareti.

La resezione dell'anello lascia allo scoperto, attorno ad esso, le fibre dei muscoli grandi retti; una incisione fatta sulla loro guaina a tre centimetri circa dal loro margine interno, serve a scoprirli per tutta l'estensione del campo operativo.

La sutura viene praticata in triplice strato a punti staccati; un primo strato è costituito dal peritoneo e dal foglietto profondo della guaina muscolare, un secondo dai muscoli retti e dal foglietto superficiale della guaina, un terso dalla palle,

La parete addominale così ricostituita riesce di una solidità duratura.

Il processo ideato dall'autore ha molti punti di comune con quello di Quenu, anzi è sulle idee di questi che egli si è inspirato nel suggerire il suo nuovo metodo operativo, che assicura essere di una efficacia perfetta e che rende gno freddo. Tutte le pneumoniti e bronco-pneu-

inutili tutti i tentativi più complicati fino adesso adoperati, per la ricostruzione delle pareti addominali (La Semaine mèdicale, n. 64, 1896).

Pollaci

TERAPIA PEDIATRICA

Oomby.—L'idriatria in pediatria

Senza voler ricordare i medici antichi i quali sapevano utilizzare, meglio di quanto potrebbe apparire a prima vista, gli agenti fisici nella cura delle malattie, ci basti richiamare alla memoria, che Ourrie alla fine dello scorso secolo (1798), avea pensato di curare due figli suoi, affetti da scarlattina maligna, con le ablusioni fredde, ottenendo la guarigione di essi.

Animato dal primo successo, Currie applicò questo metodo a più di 150 ammalati, e trovò numerosi imitatori, fra cui Trousseau non fu

il meno illustre.

L'aso dell'acqua fredda fa ben presto generalissato nella cura di molte malattie, applicato dapprima agli adulti, solamente nella febbre tifoide questo metodo, malgrado i numerosi oppositori, guadagnò tosto terreno ed oramai viene usato anche nella prima infanzia con utilissimi risul-

Per ben vagliare le indicazioni dell' idriatria, bisogna anzitutto conoscere il meccanismo per oui agisce.

Oltre all'azione refrigerante, antitermica, per sottrazione immediata di calore, l'acqua fredda esercita pure un'azione rivulsiva per la vasodilatazione che iniziandosi dai vasi cutanei si diffonde agli organi profondi.

Questa azione rivulsiva si fa sentire sul cuore, di cui i battiti diventano meno frequenti e più forti, e sulla respirazione che diventa più lenta

e più ampia.

L'effetto rivulsivo e refrigerante dell'acqua fredda sulla cute, porta come conseguenza l'eccitazione degli organi omudori, specialmente del rene, in modo che si può ritenere che essa agisca anche da diuretico.

1nfine l'azione sull'estremità nervose, e secondariamente sui centri, ha per risultato un effetto tonico e sedativo sul sistema nervoso, per cui gli infermi agitati riacquistano la calma e di-

ventano più tranquilli.

L'acqua fredda è antitermica; essa può, dunque, essere usata in tutte le malattie febbrili, e trova la sua principale indicazione nell'ipertermia. Tatte le volte che esiste un innalzamento di temperatura abbastanza rilevante, con o senza delirio, agitazione, adinamia, ecc., si userà l'acqua fredda, sia che si tratti di una febbre eruttiva, ovvero di una febbre tifoide, difterite, od in generale di una setticemia ipertermizzante qualunque.

Nessuna malattia infettiva controindica il ba-

moniti, anche nei bambini, possono essere curate con l'acqua fredda.

Però bisogna tener presente, che quando le lesioni polmonari sono diffuse ed i bronchi vi partecipano principalmente, come nella bronchite capillara dei bambini, allora il bagno freddo, il più spesso è controindicato e sarà meglio sostituirlo con gli impacchi unoldi.

Ugualmente il bagno freddo è male indicato nella meningite tubercolare, nella tubercolosi mi-

liare acuta, nelle malattie di cuore.

Anche gli altri modi di applicazione del freddo nella terapia infantile, come gli impacchi, le compresse fredde, la vescica di ghiaccio, ecc., possono stabilirsi e son ben sopportate anche dai più teneri fanciulli.

Il bagno freddo, adunque, si adopera tanto nel bambino che nell' adulto. Il primo bagno deve esser fatto alia temperatura di 280-800 per 5 o 10 minuti, ed i successivi potranno essere portati fino a 200. Nei bambini, però, il bagno a 200 non deve essere protratto oltre i 5 minuti, e durante il bagno non bisogna dimenticare di versare sulla testa e sulla nuca del bambino dell' acqua fredda. Appena uscito dal bagno si avrà cura di praticare con panno ben caldo delle frizioni sulla cute, e per attivare la reazione, si somministrerà della marsala o del cognac.

Il bagno può esser rinnovato ogni tre ore senza inconveniente; nei casi di media intensità invece sarà fatto ogni 4 o 6 ore.

L'impacco umido è meno refrigerante, ma è di

una applicazione più facile.

E' conosciuto da tutti il modo di praticarlo; bisogna soltanto ricordare che esso può essere mantenuto per una-due ore, e si può rinnovare parecchie volte durante il giorno.

Le compresse fredde, meno attive del bagno e dell'impacco, debbono essere rinnovate più frequentemente; ciò che l'azione refrigerante perde nell'intensità, deve essere guadagnato nella fre

quenza.

Qualche autore consiglia di aggiungere all' acqua che deve servire per le compresse fredde un po' d'alcool; si hanno così le compresse alccolizzate che saranno contemporaneameute refrigeranti ad eccitanti.

Questa aggiunta riuscirà utile nei casi di adi-

namia e di collasso.

In generale le compresse fredde nelle affezioni acute bronco-polmonori della prima infanzia, applicate sul tenue sono ben tollerate e producono un miglioramento manifesto, quantunque non abbassino la temperatura centrale, come il bagno freddo. Esse provocano, specialmente per il loro continuo rinnovamento, dalle contrazioni energiche dei muscoli respiratori, suscitano la tosse, facilitando l'espettorazione, creano attorno al fanciullo un atmosfera umido tanto favorevole agli atti respiratori (La Mèdecine modèrne, n. 1, 1897).

Bentivegna

FORMULARIO

Rimedie centro il morso d'insetti.

Gonin da Lipsia, raccomanda di spalmare con un pennellino sulle punture degli insetti, della fermalina (solusione di formaldeide) e di ripetere questa medicatura, appena che il liquido si è evaporissato.

Secondo questo autore, l'effetto calmante sarebbe istantaneo.

Se la pelle è escoriata, si prova un vivo bruciore, che si può fare cessare per mezzo di lavacri, fatti con acqua fredda. La pelle, con questo metodo di cura, non subisce alcun fenomeno infiammatorio e si indurisce alcuento.

Per le ploere atoniche

Jodolo	grm	2
Vaselina	>	10
Lenoline '	>	10

Applicarare sulla piaga o sulla superficie ulcarata una fasciatura di lino asettica, sulla quale sia stato spalmato un l ggero strato di questa preparazione.

Contro il sudore dei piedi

Aldeide formica	grm.	10
Acons		1000

Con una spugna, imbevuta di questa soluzione, fare delle frizioni energiche sui piedi e negli spasi interdigitali, una due volte al giorno.

Cura dei tragitti fistolosi

Jodolo	grm.	20
Etere solforico puro	ørm.	100

Per iniccioni nel tragitto fistoloso, specialmente se si tratta di vecchie fistole, secondarie a tubercolosi cessa o articolare.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NAC C: ARONE

Sommano. — Il progresso medico internazionale. La fisio-patologia sperimentale in Russia. — 2. Lavori originali. Clinica medica generale di Palermo, diretta dal prof. G. Rummo. — Di un rumore di gemito alla regione infrascapolare sinistra. pel dott. V. Piassa-Martini. — 8. Le Cliniche francesi. Ospedale Hérold di Parigi (prof. Gilles de la Tourette). Il piede varo in neuro-patologia. — 4. Pratica della semiologia. — 5. La scoperta di Roentgen — 6. Note di pratica estetrica. — 7. Spoglio dei periodici. — 8. Notisie. — 9. Necrologio.

IL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

La fisio-patologia sperimentale in Russia

I sieri terapici anticeschici. Sieber-Chemowa ha immunissato dei cavalli per messo di iniesioni ripetute di culture di streptococchi e di stafilococchi: tale immunizzazione non si ottiene con le tossine filtrate e sterilissate. Le culture dei micrococchi patogeni introdotte dall'autore, non scompaiono dal sangue dell'animale da esperimento che dopo un certo tempo; quindi, per utiliszare il siero di questi animali a scopo curativo, e affinchè esso non abbia un'asione nociva, bisogna fare un salasso di saggio, per studiare il siero dal punto di vista dei micrococchi e delle tossine.

Oltre ai cavalli, le capre possono servire molto bene per procurarei un siero anticocchico, perchè sopportano molto bene le iniezioni di culture viventi e resistono facilmente all' infezione; inoltre questo messo ha il vantaggio di una spesa minore.

Riguardo poi alle malattie in cui si può sperare un'azione curativa dall'applicazione di questi sieri, l'autore fa osservare che in parecchi casi, il siero di animali immunissati contro certi microbi, può preservare anche contro altri: l'azione di un siero non è dunque sempre specifica.

Riguardo al siero anticocchico, l'autore crede che bisogna studiare in ogni caso isolato, se la infesione sia puramente streptococchica, o si tratti invece di quelle infesioni miste, determinate dalla presenza di tale o tal'altro cocce, a titolo di complicazione.

Sarebbe anche interessante sapere se il siero di animali immunissati per lo streptococco della erisipela, agisca ugualmente contro i processi determinati da altre specie di streptococchi ed inversamente: così è probabile che la questione ancoca controversa riguardo all'identità delle varie

specie di streptococchi avrà tosto la sua soluzione nel campo dell'immunizzazione.

li vago ceme nerve secretere delle stomace. Ouchonoff in animali (cani) ai quali era stato precedentemente praticato la fistela gastrica, setto l' influenza del cloroformio, sezionava il vago al collo, ed irritava il moncone periferico con una corrente indotta (tetanizzazione ritmica).

In principio della irritazione del nervo, osservava un'esaltazione dei movimenti peristaltici, e dalla fistola veniva fuori muco denso, misto a sangue, di reazione alcalina o debolmente acida.

Dopo l'emissione di questo muco denso, colorato, si aveva un succo limpido e acido, mescolato con poco muco: questo succo veniva filtrato e separato dal muco e la sua acidità veniva determinata con una soluzione decinormale di barite, servendosi di una soluzione alcoolica all'100 di fenolitaleina come indicatore.

Alcune parti di questo succo diventano opalescenti alla temperatura dell'ambiente, e danho un precipitato all'ebollizione, il che indica, secondo l'autore, un'alta potenza fermentativa.

Il potere digestivo del succo veniva determinato col processo di Mette e variava dal 81:2 sino a 9 mm. di un piccolo bastone di albumina: sotto questo rapporto si avvicina al succo prodotto dall'alimentazione simulata. In qual modo avviene la secrezione del succo con l'irritazione del nervo vago ? sono i filetti motori o i vasomotori in esso contenuti che provocano la secrezione? Secondo l'autore, il lungo periodo latente, che separava, nelle sue esperienze, il momento in cui cominciava la irritazione del nervo da quello in cui compariva il succo, fa pensare che l'influenza meccanica e vasomotrice del vago non era la causa della secrezione. Non resta, per conseguenza, che ammettere che la secrezione del succo era provocata dalla irritazione delle fibre secretorie contenute nel vago; riguardo poi alla necessità di un'irritazione prolungata di questo nervo per ottenere dei risultati positivi, si può spiegare col fatto che nel principio della esperienza la sensazione di dolore provata dall' animale produceva un arresto riflesso della secre-

Contribute alla preparazione del sieri medicinali. Drierzgowski descrive un nuovo processo per la preparazione del siero antidifterico. Questo processo ha per base la separazione delle parti morfologiche del sangue, non dal siero ma dal plasma. La separazione del plasma ha luogo, secon-

do il metodo di Schmidt, col raffreddamento del sangue sino a Oo C.: così separato, il plasma dai globuli, lo si fa coagulare alla temperatura di 150-80° C., dopo che vi si è aggiunto 50 cc. olo di una soluzione al 5º[o di acido fenico per non farlo inquinare. Se si è obbligati di mescolare il siero proveniente da più soggetti, con questo metodo non si mescolano i sieri ma i plasma corrispondenti. I vantaggi di questo processo sono i seguenti: 1º esso dà presso a poco la percentuale teorica in siero (da 50 a 76º lo secondo il rapporto quantitativo tra la quantità del plasma e quella dei globuli sanguigni); 2º esso permette di trarre dal sangue tutto il siero, nella durata di 24 ore; 8º esso permette meglio di tutti gli altri processi l'allontanamento della fibrina dal siero.

Le vacciuazioni antirabbiche a Pietroburge. Kraiouchkine riporta la statistica annuale della cura
preventiva della rabbia all' Istituto Imperiale di
Medicina sperimentale, dal quale risulta che gli
uomini hanno fornito il contingente principale di
malati (107); poi vengono i bambini (99), e le donne (68). Il maggior numero di casi di morsicature da animali, avvenne nei mesi di primavera
e in estate. Quasi tutti i ricoverati erano stati
morsicati da cani, eccetto 12 che erano stati
morsicati da lupi, e 9 da gatti. La maggior parte delle ferite erano alle estremità superiori. Degli infermi, due soli morirono; gli altri guarirono
tutti.

Contribute alia diagnosi dolla tubercolosi per mezzo della tubercolina. Loesch in base ad una serie di esperienze, viene alle conclusioni seguenti: 1º La reasione sanguigna provocata dalla tubercolina negli animali tubercolotici è più sensibile della reasione termica; 2º Dopo un'iniesione di tubercolina si osserva, negli animali affetti da tubercolosi, a capo di 2-4 ore, una diminuzione sensibile della quantità dei globuli bianchi; ciò non avviene negli animali sani; 8º Negli animali affetti da tubercolosi, la leucocitosi è al maximum, a capo di due giorni dopo l'iniezione di tubercolina e non l'indomani, come avviene negli animali sani; 4º Negli animali sani, la temperatura, dopo l'iniezione di tubercolina, si eleva di un grado e più, e per ciò dalla sola elevazione d i temperatura non si potrebbe giudicare se si ha da fare con animali affetti da tubercolosi o non; 5° Nelle cavie normali, dopo un' iniezione di tubercolina, la temperatura si eleva di una maniera sensibile a capo di due o tre ore, ma dopo essa si abbassa rapidamente (do-

po 5-6 ore); 6° La diminuzione del numero dei leucociti, nei tubercolotici, dopo un'iniezione di tubercolina, è un fenomeno generale; 7° Nei conigli carbonchiosi, la tubercolina provoca un abbassamento di temperatura e non produce alcuna reazione sanguigna caratteristica; 8° Con ogni probabilità, la malleina agisce sui globuli bianchi degli animali affetti da morva, come la tubercolina negli animali affetti da tubercolosi.

L'autore termina col raccomandare ai veterinari questo semplice messo di diagnosi della tubercolosi degli animali.

So un'antitossina artificiale della difterite, Smirnow partendo dal concetto del prof. Nenckiche tutti i processi fisiologici dell'organismo si riducono in fine a delle reasioni di ossidasione e di ridusione, e che i batteri, d'altra parte, producono dei cambiamenti di questa natura nei messi nutritivi, cercò di adoperare dei processi chimici di ossidazione e di riduzione, per messo dei quali il siero terapeutico si potesse preparare dal siero normale. Tra questi meszi adoperò anche l'elettrolisi, e siccome l'esperienza gli mostrò che il siero normale, così trattato, non possiede proprietà curative, ricorse all'elettrolisi del siero tossico contenente la tossina della difterite, e dopo all'elettrolisi di un brodo della atessa natura : quest' ultimo modo di preparazione è più facile e riesce meglio in pratica. Questo metodo, secondo l'autore, non solo dà buoni risultati nella cura delle differenti specie di animali, ma anche nei vari stadi del a loro malattia è coronato da un ottimo successo.

Sicché, secondo l'autore, la preparazione di un rimedio specifico attivo contro la difterite non è un monopolio esclusivo dell' organismo animale, ma può essere prodotta anche artificialmente per mezzo dell' elettrolisi della tossina difterica. E dal punto di vista teorico si possono trarre sul riguardo dalle osservazioni dell' autore, le due conclusioni seguenti:

1º che l'antitossina non è che un veleno ossidato o idrossilato;

2º che la corrente elettrica non è una forsa specifica che produce l'antitossina, ma che piuttosto quest' ultima deve considerarsi come il risultato dell'azione reciproca delle sostanze organiche del brodo difterico e dei prodotti dell'elettrolisi dei sali aggiunti.

Sul cambiamento della quantità generale e dell'alcalinità del sangue nel digiuns assolute. London in base ad una seria di ricerche afferma che la quantità assoluta del sangue contenuta nel corpo di un coniglio privato di alimenti e di bevande, diminuisce man mano che si svolgono i fenomeni del digiuno; la quantità relativa varia pochissimo: essa tende ad elevarsi al di sopra del normale nel periodo medio del digiuno, ed ha una tendensa contraria nel periodo terminale.

Quanto all'alcalinità del sangue, secondo l' autore, essa diminuisce, specialmente nel periodo medio del digiuno.

La stabilità della quantità proporsionale del sangue contenuto nel corpo, c'indica, secondo lo autore, l'esistensa di apparecchi regolatori speciali, che garantiscono il corpo contro variazioni troppo sensibili della quantità di una parte così essenziale di esso. Il plasma del sangue obbedisce a delle severe leggi fisiologiche, per le quali si può pensare che esso non è un liquido passivo nel senso fisiologico, ma invece una materia intercellulare biologicamente attiva e simile per ciò alle altre materie viventi intercellulari (Archives des sciences biologiques publices par l'Institut Impèrial de Mèdecine experimentale à St. Petersbourg, n. 5, 1896).

Wirto

LAVORI ORIGINALI

CLIERCA MEDICA GENERALE DI PALERNO diretta dal prof. G. Rummo.—D'UN RUMORE DI GEMITO ALLA REGIONE INFRASCAPOLARE SINISTRA, pel dott. V. Piazza-Martimi.

Io non starò qui a fare la storia del rumore di gemito, altrimenti appellato rumore musicale, di pigolio dei pulcini, di miagolio di gattino, gemito di tortorella, ecc.; non citerò la letteratura relativa, nè accennerò alle condizioni anatomopatologiche che sin'oggi, nei casi dei sudetti rumori, seguiti da necroscopia, si sono riscontrati.

Il rumore di gemito ch' io descriverò, non appartiene al cuore, nè ai grossi vasi del torace anteriore, nè si udiva sull' aia gastrica, ma si produceva nella parte inferiore dell'aorta discendente, quindi è un rumore nuovo per la sede, e la prima volta segnalato, e subiva delle modificasioni, di cui dirò qui appresso.

Ecco la storia Clinica.

Belmonte Santa, da Palermo, di anni 39, maritata, entra in Clinica il 26 maggio 1896. È ammalata da 13 mesi. Nell'aprile del 1895 fu colta da brividi di freddo che si ripeterono nei giorni successivi, da febbre accompagnata da

forte dolore alla parte anteriore e posteriore del torace sinistro, specie alla base, dolore forte, costante, ribelle ai medicinali. Chiudeva il quadro sintomatologico d'allora, una tosse secca, stizzosa, poi seguita da scarso espettorato, ed infine l'affanno che venne sempre più aumentando. La febbre durò 15 giorni; persistettero e perdurarono, ora più ora meno intensi, i dolori; la tosse da sei mesi umida e l'espettorato continuo abbondante, talvolta accompagnato da sangue rosso, assai fetido. L'inferma: dimagrita molto, non sa dire di meglio.

L'esame obiettivo registra; nutrizione generale, notevolmente scaduta, unghia adunche, dita delle mani a bacchetta di tamburo: forzato decubito dorsale o laterale destro; una tosse molesta suscitasi quando l'inferma giace in decubito laterale sinistro. Nulla di particolare alla cavità bucco-faringea e al collo. Al torace di abnorme: a destra il torace è prominente e si espande di molto posteriormente, il suono polmonare basso, profondo anteriormente e posteriormente, il limite inferiore del polmone disceso alla 7ª costola in avanti, alla 12ª costola indietro: respiro vescicolare rinforzato dappertutto. A sinistra, anteriormente: elasticità diminuita, fremito toraco-vocale rinforzato nella fossa sopraclavicolare e nei primi tre spazi intercostali. diminuito nel 40-50, abolito in giu, nella linea ascellare anteriore; suono alto dapertutto; nel 40-50 spazio la percussione riesce dolorosissima; conservato lo spazio semilunare di Traube; respiro indeterminato, nelle due fasi respiratorie senza rantoli, in tutta l'altezza. Posteriormente torace avvallato uniformemente; nessun accenno di reticolo venoso, non pulsazioni delle arterie intercostali, non pulsazione a sinistra della colonna vertebrale, la quale non è alterata lateralmente, ma più arcuata del normale della parte dorsale. Vestigia di vescicanti applicati nella regione inter-e sotto-scapolare. Nelle profonde inspirazioni il torace si espande pochissimo. La palpazione profonda riesce dolorosa soltanto in corrispondenza del 9º spazio intercostale, in denso e fuori dell'angolo inferiore della scapola. La mano, fortemente applicata al lato sinistro della colonna vertebrale, non riceve impulso alcuno.

Non v'ha traccia di edema della parete toracica. Fremito toraco-vocale diminuito nella fossa sopra- e sottospinosa, e nella parte superiore della interscapolare; abolito nel rimanente; suono alto nelle sudette regioni, completamente smorzato nel resto del torace; l'ottusità non è spostabile

coi movimenti dell'inferma, nè negli atti del respiro; non si pratica puntura esplorativa.

Nella fossa sopra-spinosa respiro lievemente bronchiale inspiratorio, senza rantoli; indeterminato in quasi tutta la sottospinosa e nella parte alta della interscapolare; nel rimanente, abolizione del respiro.

Però facendo tossire l'inferma, ed espettorando molto, al 9º e 10º spazio intercostale, a 9 cm. dalla colonna vertebrale si ode respiro bronchiale in- ed espiratorio , con rantoli gorgoglianti. Si odono i due toni cardiaci sino al 5º spazio intercostale; al 6º spazio, in dentro de'l' angolo inferiore della scapola, a 5 1,2 cm. della colonna vertebrale facendo trattenere il respiro all' inferma, si sente il 1º tono accompagnato da lieve rumore di soffio. Sull'8º spazio, a livello dell'angolo inferiore della scapola, alla distanza di 6 cm. dalla colonna vertebrale, si ode un rumore di gemito, intermittente, sistolico, prolungato, coincidente col polso radiale e coll' impulso cardiaco. Questo rumore diventa più intenso nelle profonde inspirazioni, quando si eccita il cuore, quando l' inferma inghiotte dell' acqua.

Si sente inoltre in dentro ed in fuori dell'angolo inferiore della scapola, per la estensione trasversale di 10 cm. Si ode stando l'inferma in piedi, nel decubito laterale sinistro e nel destro. Facendo sviluppare gas nella cavità dello stomaco, non accresce d'intensità nè di estensione; non si modifica premendo forte sulla aorta addominale o sulle femorali. Invece non si ode al 9º spazio intercostale, non sull'aia gastrica, nè lungo il decorso dell'aorta addominale. Il sudetto rumore precede il polso delle femorali. La sonda esofagea di piccolo calibro, penetra, senza inconvenienti, nello stomaco.

Tosse frequente, espettorato abbondante (cc. 120), nauseante, che si divide in tre strati; il superiore è schiumoso il medio fiocconoso, a fiocchi biancastri, l'inferiore liquido, leggermente rossigno. Contiene muco-pus, globuli rossi; mancanza di fibre elastiche, di bacilli di Koch e di altri elementi specifici.

Apparecchio cardio-vascolare; di anormale il 1º tono, convertito in rumore di soffio sul manubrio sternale, ed accompagnato da rumore di soffio, ascoltando proprio, sull'arco costale sinistro, lungo la marginale sinistra. Impulso cardiaco sinerono coll' impulso dell'aorta addominale. Nulla di notevole all'esame generale dell'addome e degli or-

gani rispettivi. Normali le ghiandole cervicali, ascellari, inguinali. Peso del corpo kg. 53.

Il sudetto rumore di gemito è estracardisco; è intermittente, per ciò arterioso; come tempo, è sistolico. Per la sede, è facile concepire si produ a nella parte inferiore dell'aorta discendente. Quali le condisioni anatomiche? Non possiamo fare che delle congetture. La storia del caso e l'esame obiettivo parlano per una pleurite neoformativa, diffusa, iperplastica, seguita da pneumonite interstiziale, accompagnantesi a cavità bronchiettasica. Stanno contro il concetto di aneurisma dell'aorta discendente (che abbia prodotto catarro bronchiale e pneumonite interstiziale) la mancanza del tumore pulsante, della compressione dell'esofago, dei vasi venosi, dell' edema localizzato. Ora ammesso il concetto d'una pleurite neoformativa. come può la malattia contribuire alla produzione del rumore di gemito?La spiegazione che ne ha dato il prof. Rummo, (eui rendo sentiti ringrasia. menti pel permesso accordatomi di pubblicare la osservazione) è questa: che la pleurite abbia potuto dar luogo a mediastinite posteriore, a briglie interstiziali che circuiscano e strozzino il tubo aortico. E se questo strozsamento si fa in punti diversi, avviene il rumore musicale, e ciò sta in armonia di quello che afferma Galvagni, che cioè i rumori musicali risultano quando il tubo si fa sinoso. E che qui l'aorta toracica debba essere strozzata in più punti, sta ad affermarlo il rumore di soffio accompagnantesi al 1º tono. che si sente nella regione interscapolare, in corrispondensa del 6º spazio ed il rumore di gemito in git, all' 8º spazio corrispondente.

Il rumore di gemito si rinforsa nelle profonde inspirazioni, perchè in esse viene a dilatarsi la cavità bronchiettasica ripiena di materiale, che per ciò comprimerebbe l'aorta alterata, tenuta ferma da briglie, incapace quindi di espandersi e di cui diminuirebbe il calibro. Il rumore inoltre si rinforza, facendo bere acque all'inferma, e ciò trova la sua spiegazione nei rapporti anatomici tra l'aorta toracica e l'esofago. L'anatomia, infatti, c' insegna che in alto i due condotti sono situati sullo stesso piano trasversale, e che in basso si trovano compresi sullo stesso piano antero posteriore (Sappey). Ora, avvallatosi il torace, tanto più devono essere addossati, sicchè, bevendo, sull' aorta ristretta viene ad esercitarsi altra pressione.

Finalmente, è la sola sorta impigliata nelle briglie, o qualche intercostale è anch'essa com-

preses? è possibile argementarlo dall'estendersi del rumore in senso trasversale.

Tutto questo regionamento è logico, strettamente logico, ma non ha il conforto del sostrato anatomico, perchè l'ammalata, per la chiusura consueta della Clinica, si dilegua alla nostra osservazione.

LE CLINICHE FRANCESI

Ospedale Hérold di Parigi (prof. Gil'es de la Tourette). il piede varo in neuro-patologia

La chirurgia moderna, tanto in Francia quanto nelle altre nazioni, nello studio del piede varo, si è occupata a preferenza dell'esame delle lesioni scheletriche. Essa considera unicamente questa alterazione come una lussazione dello scafoide sulio astragalo, non come l'espressione sintomatica di una malattia, di una lesione più importante.

Il piede varo, non è che una conseguenza, è un disturbo trofico, prendendo l'espressione nel senso più generale, che non risiede ne nei muscoli ne nelle ossa; noi non crediamo di essere troppo corrivi nel ritenere, che questo disturbo trofico prenda la sua origine nel sistema nervoso; è nelle lesioni nervose che risiede la vera patogenesi del piede varo, e non nelle deformazioni delle superfisie articolari, che al massimo possono contribuire a determinare la forma anatomica del sin-

Quando un fanciullo viene alla luce coi piedi torti (noi ci riferiamo per adesso alla sola varietà congenita), non basta assicurarsi se il piede è equino o varo, se esistono deformazioni articclari, retrazioni tendinee che ostacolino la riduzione, è necessario risolvere subito questo quesito: corretto il piede varo, il fanciullo potrà servirsi dei suoi arti inferiori, o resterà sempre impotente a camminare?

La soluzione di questo problema è spesso ardus, più di quanto s'immagini a prima vista; in vero, i piedi vari accompagnati da una paralisi flaccida degli arti inferiori, non lasciano alcun dubbio; non è così per i piedi vari con contrattura, persistente sin dalla nascita; questa specie non è rara come la prima; la contrattura, però, non è sempre così evidente; alle volte ha bisogno di molta accuratezza d'indagine per essere ri-

In rasltà bisogna considerare che esistono due grandi varietà cliniche di piedi vari congeniti: i piedi vari senza impotenza motrice, e i piedi vari con impotenza, sia con spasmo, sia con flaccidità dei muscoli degli arti inferiori.

Vi abbia o no impotenza, sia la malattia origimaria, o meglio la lesione che li ha prodotti ancora in piena attività, noi crediamo che una comune patogenesi riunisca le due grandi varietà di piedi vari.

Questa origine comune si trova nelle lesioni

solo è capace di produrre le alterazioni che generano il piede varo.

Questa è la teoria sostenuta nel 1836 da Guérin, da Bell e Delpech, adottata da Charcot e Vulpian nel 1870, da Little nel 1881. Noi in suo appoggio cercheremo di fornire delle

prove di grande importanza.

In vero, le autopsie di piedi vari congeniti non sone molto numerose; inoltre, gli autori che hanno avuto l'occasione di praticarle, si sono raramente curati di esaminare il sistema nervoso; la loro attenzione è stata sempre richiamata sulle lesioni locali ossee o articolari, per ciò non ci riuscirà facile di provare che esistono delle lesicni del sistema nervoso, e che da esse dipen. dono le deformazioni dell'estremità inferiori.

Per i piedi vari con impotenza, la varietà spastics, di cui il massimo numero risponde clinicamente alla sindrome di Little, la dimostrazione é facile: basta ricorrere alle autopsie di rigidità spastica congenita, pubblicate in questi ultimi anni.

Le lesioni rivelate dall'esame microscopico, sono var.e; esse risiedono spessissimo a livello delle circonvolusioni motrici; sono piastre di sclerosi o di porcencefalite; forse, quando le alterazioni corticali son molto evidenti, si può ritenere un arresto di sviluppo del fassio piramidale, come recentemente è stato sostenuto da Gehuchten. Gardie, Brissaud, Marie, Raymond.

Negli altri casi, si può ammettere che la midolla spinale è primitivamente lesa; questo meccanismo noi abbiamo messo avanti per interpetrare il caso di un fanciulio affetto da doppio piede varo spastico congenito.

Nella sindrome di Little, il piede varo congenito é doppio, con o senza predominio di un lato, in alcuni casi, ma assai raramente é unilaterale. In un caso simile, il Lewle trovò un focolaio di apoplessia meningea.

L'azione del sistema nervoso non è meno evidente nella produzione dei piedi vari congeniti con impotenza motrice, di varietà flaccida. Recentemente noi abbiamo osservato, all'Ospedale S. Luigi nel reparto del prof. Fournier, una ragazza di tre anni, con eredità sifilitica, che presentava piede varo a destra e valgo a sinistra. con paralisi motrice e sensitiva, quasi assoluta, degli arti inferiori.

Esisteva, a livello della regione dorso-lombare, una spina bifida voluminosa, che dissociando la midolla, produceva la paralisi e i piedi vari.

Gii esempi di questo genere si potrebbero moltiplicare.

Resta la categoria dei piedi vari congeniti senza impotenza motrice, varietà la più frequente e che ha a preferenza attirato l'attenzione dei chirurgi.

Questa varietà , quantunque mancante di paralisi, o flaccida o spastica, noi la crediamo pure causata da una lesione del sistema nervoso.

Coyne e Troisier ci hanno fatto conoscere che Vulpian nel suo corso di medicina aveva emesso l'ipotesi che certi piedi vari condel sistema nervoso centrale o periferico; esso geniti e certe lussazioni, dette congenite, dell'anca.

dovevano essere causate da una lesione delle corna anteriori della sostanza grigia, simile a quella che si osserva nella atrofia muscolare infantile.

. Lo stesso anno Michaud, internodi Charcot alla Salpêtrière, confermò la realtà di questa ipotesi: una donna di 66 anni, affetta da doppio piede varo-equino congenito, senza paralisi motrice, morì durante la degenza in clinica, tranne di questa deformazione degli arti, nessun disturbo aveva accusato in vita a carico del sistema nervoso; l'esame istologico di questo rivelò, la presenza di alterazioni sclerotiche di antica data, nella regione dorsale della midolla, localizzate specialmente nelle corna anteriori.

In certi fanciulli, adunque, affetti da piede varo congenito, questa deformazione può rimanere il solo segno di una lesione midollare che si è iniziata durante la vita intra-uterina.

Il sistema nervoso del feto ha delle tolleranse che non possiede quello dell'adulto; possono facilmente generarsi delle funzioni vicarianti. I fasci fondamentali della midolla non si sviluppano simultaneamente; si comprende per ciò come una data lesione che si produce in un dato momento, può restare molto limitata, senua invadere la totalità degli elementi anatomici, come accade nell'adulto.

Ad ogni modo, qualunque sia la spiegasione che si vuol dare a questo punto di patologia nervosa, resta però il fatto positivo illustrato da Michaud, che esistono delle lesioni midollari, prodotte durante la vita intra-uterina, molto limitate, che si arrestano nel loro decorso e che non generano altri disturbi, tranne dei piedi vari.

Ma oltre le lecioni midollari limitate, nella vita uterina possiamo riscontrare delle lesioni cerebrali, che possono generare la stessa deformità. come anche delle lesioni semplici dei tronchi nervosi periferici.

Queste, si conosce già dalla patologia degli adulti, sono suscettibili di guarigione, per una rigenerazione delle fibre.

Monod e Vanverts hanno recentemente pubblicato l'esame anatomico di un feto di 8 mesi, con doppio piede varo-equino; essi, come Gross e Rochard, hanno trovato delle lesioni spiccatissime delle osso del tarso, analoghe a quelle che si sogliono riscontrare nei piedi vari congeniti dei cadaveri degli adulti; però la loro osservazione apportò sulla patogenesi di queste deformità nuova luce, sul riguardo essi così si sono espressi : senza avere la pretesa di tracciare la patogenesi del piede varo, noi ci permettiamo di fare notare che questa deviazione si spiega facilmente, ammettendo che i tibiali, sia per la loro contrattura, sia per la paralisi degli antagonisti, hanno potuto esercitare la loro azione in un modo assai energico e permanente sullo scafoide, che hanno progressivamente lussato.

E la vecchia teoria di Guèrin, rimessa nuovamente in vigore, ma questa volta con un sussidio anatomico, perchè in questo caso la midolla spinale presentava delle alterazioni.

Queste lesioni non si possono intieramente qua-

aracnoideo era costituito da una infiltrazione embrionaria abbondante, che dalla regione dorsale si estendeva alla parte terminale della midolla.

Questa infiltrazione prendeva delle proporzioni considerevoli a livello della coda equina; il canale rachideo era quasi intieramente ripieno dall'infiltrato embrionario e un certo numero di radici nervose erano scomparse; in quelle rimaste era facile di riconoscere l'infiltrasione nucleare nello interno dei fasci nervosi, e questa era specialmente spiccata attorno ai vasi dei fascicoli.

Data questa localizzazione estra-midollare del processo, e la sua accentuazione a livello dei nervi della coda equina, si può ragionevolmente supporre, che se il fanciullo fosse vissuto, le lesioni nervose si sarebbero attenuate, o anche sarebbero scomparse, ma avrebbero lasciato come reliquato il doppio piede varo permanente, che non poteva scomparire, perchè la paralisi dei muscoli, durante la vita fetale, o la contrattura degli antagonisti, avevano già determinato delle lesioni ossee indelebili, che ostacolavano la riduzione.

Coyne e Troisier hanno fatto l'esame della midolla di un soggetto con doppio piede varo congenito, che mori all'età di 40 anni.

Essi non trovarono nulla di abnorme; però non si può escludere che delle lesioni in una data epoca dovettero esistere in una regione qualunque, la coda equina ad esempio, e che poi, per rigenerazione degli elementi nervosi, scomparvero.

Del resto, in quel caso il cervello non fu esaminato.

L'ipotesi dell'attenuazione o della scomparsa delle lesioni nervose, invocata da Lannelongue, trova il suo riscontro, oltre che dal lato anatomico anche dal lato clinico.

Noi, difatti, vediamo spesso che in tutta la ca tegoria dei piedi vari spastici, frequentemente la contrattura può attenuarsi col tempo, a tal punto da permettere il cammino; la deformazione del piede resta ancora come segno più apparente della lesione nervosa che l'ha prodotta.

La parte che assume il sisteme nervoso cen trale o periferico, nella produzione dei piedi vari non congeniti, è capitale.

Tranne certe deformazioni rachitiche, o cicatriziali, si può affermare che tutte le altre varietà riconoscano per causa delle lesioni sia organiche, sia dinamiche (isteria) del sistema ner-**V**080.

Nei piedi vari non congeniti, la paralisi esiste sempre, o esiste in una data epoca; essa può essere spastica o flaccida.

Nella varietà spastica si trova il piede varo che accompagna l'emiplegia spastica infantile, la quale si origina da un focolaio emorragico, necrobiotico, sclerotico delle circonvoluzioni motrici. La lesione causale, essendo indelebile e accompagnandosi ad una degenerazione discendente, egualmente permanente, la deformità che determina non ha alcuna tendenza a guarire.

Perchè si produca un piede varo nel corso di una emiplegia spastica, non è necessario che lo lificare come midollari; lo spazio midollare sotto- arto inferiore si sia completamente sviluppato;

difatti, nell'emiplegia degli adulti, che assume il nano mai ad una assoluta immobilità; non è l'icarattere spasmodico, non si produce il piede varo: non è l'istesso nei fanciulli; tutto il lato colpito da emiplegia subisce un arresto di sviluppo, o meglio non si sviluppa più nella proporzione identica a quella del suo congenere del lato opposto; ne risulta che a capo di un certo tempo, l'arto inferiore paralissato, i cui muscoli non tardano ad entrare in contrattura, diventa molto corto; per predominio di asione del tricipite surale, il piede si porta in posizione equina con tendenza al varo.

Se delle lesioni midollari si determinano nell'infanzia, come in certe paraplegie a tipo familiare, la deformazione manca raramente.

Un tipo frequente di piede varo spastico, non congenito, è quello isterico; invece la paralisi congenita flaccida produce raramente dei piedi vari con impotensa motrice; al contrario la paralisi flaccida nei bambini e negli adulti è causa frequente di piede varo.

E degno di attenzione il piede varo che si produce nella poliomielite anteriore acuta o paralisi infantile; dopo un certo periodo di febbre, il fanciullo presenta una paralisi flaccida totale degli arti, supponiamo degli arti inferiori; a capo di qualche tempo i movimenti ritornano, ma incompleti, certi gruppi muscolari sono rispettati, mentre che degli altri restano paralizsati; la predominansa di asione di un gruppo sopra un altro determina la comparsa del piede varo, generalmente equino.

ll piede è flaccido, cascante, mobilissimo, la ridusione non presenta alcuna difficoltà, ma la deformità si riproduce immediatamente.

La poliomielite anteriore acuta non è la sola affesione che, nei fanciulli e negli adulti , possa produrre dei piedi vari flaccidi; tutte le mieliti che s'accompagnano a paralisi flaccida sono suscettibili di produrre il medesimo risultato, ma siccome queste malattie sono incurabili, l'affesione generale domina molto di 'più la scena morbosa, che i piedi vari, che sono la conseguenza; difatti, se gli arti inferiori restano perennemente paralizzati, poco importa se serbino una posizione deforme.

Nella malattia di Friedreich, nella eredoatassia cerebellare, si può parimenti riscontrare il valgismo dei piedi; nella atassia locomotrice essi sono causati, sia dalla atrofia muscolare, sia dalle artropatie del metatarso e del tarso.

Fra la molteplicità di forme di piede varo paraiitico, quello che è ancora molto importante a considerarsi per la sua frequenza, è il piede varo prodotto dalle nevriti periferiche tossiche (alcool arsenico, ecc.) od infettive (puerperali, difteriche, ecc.). Raramente in questi casi , la paralisi localizzata specialmente agli arti inferiori, decorre con rapidità, i muscoli estensori sono sempre più interessati dei flessori, da ciò la predominanza dell'equinismo con tutte le sue varietà.

Nella paralisi alcoolica degli arti superiori, mai si producono aderenze o deformazioni, appunto perchè gli ammalati usano per qualche pò di tempo delle loro mani, e non le condan-

stesso per gli arti inferiori; essi riposano inerti sul piano del letto, i piedi sono cascanti, e siccome la paralisi predomina sempre sugli estensori, il gruppo muscolare posteriore entra in azione, e si produce un equinismo con tendenza al

Se l'immobilità si prolunga, la deformità, perfettamente riducibile manualmente durante le prime settimane, si complica appresso per raccorciamento del tendine di Achille, per aderense peri-articolari, per retrasioni [dell' aponevrosi plantare e del corto flessore dell' alluce ; il piede varo diventa allora irriducibile.

Nell'isterismo, oltre del piede varo spastico, possiamo avere il piede varo flaccido; esso è conseguenza della paralisi flaccida prolungata; in questa forma non si osservano mai delle retrasioni fibro-tendinee, nè delle aderense peri-articolari (*La Semaine mèdicale*, n. 66, 1896).

Pollaci

PRATICA DELLA SEMIOLOGIA

Sulla diagnosi tra stenosi mitralica ed insufficieuza aertica. Graham Steell. — I principali fatti che presentava l'ammalato, di cui si occupa l'autore, seguenti: sono

circa un anno prima della sua morte, quando, cioè cadde sotto la osservazione dell'autore, presentava un'aia cardiaca estesa, in alto, sino alla seconda cartilagine sinistra, a destra, un pollice quasi al di là della linea mediana, ed, a sinistra, quattro pollici e meszo.

All'apice del cuore si ascoltava un rumore sistolico prolungato; posteriormente, in luogo di esso, si percepiva il tono. Nel focolaio della tricuspide, dell' aorta e della polmonale, il primo tono era anche sostituito da un soffio; il secondo tono era accentuato sul focolaio della polmonale; alquanti giorni dopo, cominciò a sentirsi un rumore diastolico al lato sinistro dello sterno, nel secondo e nel terzo spazio intercostale, più forte in quest'ultimo, il quale dopo qualche tempo scomparve.

Tre mesi e mezzo dopo, circa, nello spazio compreso fra la quinta e la settima costola, vicino al lato sinistro dello sterno, si ascoltava un doppio rumore di soffio , il quale sostituiva del tutto i toni corrispondenti.

Esso, qualche mese dopo, si ascoltava anche, ma in un modo meno intenso, nella regione aortica e polmonale.

L'autore, fra le altre considerazioni fatte in questo caso, mise avanti la questione sull'origine del rumore diastolico durante la vita dell' infermo.

Egli rimase in dubbio se era dovuto ad una insufficienza dell'aorta o ad una stenosi della mi-

Il polso non era quello che si ha nell' insufficienza aortica; non era però incompatibile con questa lesione.

In quanto alla sede, l'autore fa osservare che, quando il cuore è molto allargato, un soffio diaatolico mitralico può ascoltarsi molto bene sulla parte più bassa dello sterno, come anche, in generale, su tutta l'aia cardiaca.

In tal caso, per far la disgnosi tra lesione aortica e mitralica, non basta l'accoltazione, ma occorreno principalmente gli altri segni fisici.

Un argomento favorevole alla disgnosi di stenosi mitralica era il seguente.

Il rumore diastolico, nei punti in cui si ascoltava il secondo tono, seguiva questo, dopo una certa pausa.

Non aveva però i caratteri di un rumore presistolico; poteva considerarsi piuttosto come un rumore meso-diastolico.

Questa paus, tra il secondo tono e il principio del rumore diastolico, indicava in un modo probabile l'origine mitralica del rumore.

Ed in vero, è più facile ammettere teoricamente, che un rumore da stenosi mitralica siegua il secondo tono, snzicchè supporre che questo avvenga nel caso di insufficienza mitralica.

La sezione cadaverica dell' infermo, fra le altre alterazioni, mostrò una stenosi notevole dell'orificio mitralico, che a stento permetteva il passaggio del mignolo, indurimento della val·ula corrispondente, con iniziale deposito di sali calcarei.

Le valvule aortiche, quantunque leggermente inspessite, mostrarono di essere sufficienti, nella prova fatta, versandovi dell'acqua (The Medical Chronicle, decembre 1896).

Greco

LA SCOPERTA DI ROENTGEN

Applicazione della radioscopia alla diagnosi delle malattie teraciche. Beuchard ha avuto molte volte l'opportunità di verificare la concordanza che esiste, nello studio della malattie toraciche, fra i risultati che fornisce la percussione, e quelli dati dalla radioscopia; l'ombra proiettata sul diaframma fosforescente, segna con tinta opaca le regioni, ove si è constatata una ottusità. Molte volte la radioscopia ha rivelato ciò che gli altri messi di indagine fisica non eran riusciti a moatrare.

L'autore è riuscito, esaminando con l'aiuto dei raggi di Röntgen, un torace sospetto, a scoprire verso una delle basi una tinta un pò oscura e inegualmente oscura: l'orecchio, applicato su questa zona, faceva percepire uno sfregamento.

In un altro infermo, un lato del torace era normale, l'altro, il destro, opaco per tutta l'altezza; egli conchiuse o per un versamento pleurico, o per una infiltrazione tubercolare di tutto il polmone destro; la mancanza della deviazione del mediastino gli fece abbandonare l'idea di un versamento; gli altri messi di esame confermarone la diagnosi di tubercolosi di tutto il polmone destro.

Con la radiografia è riuscito parimente a sco-

prire un tumore, a destra della colonna vertebrale, in una ragazsina, costituito da adenopatie delle ghiandole tracheo-bronchiali.

Un infermo ricevuto all'ospedale, e su cui ancora non si era fatto che un esame molto sommario, richiamò l'attenzione di tutti, per delle pulsazioni a destra dello sterno; con la radioscopia si constatò nella porzione destra del torace, in continuazione con l'ombra dello sterno, una zona opaca anomala; nello stesso tempo si notava l'assenza dell'ombra normale del cuore; l'autore conchiuse non per un aneurisma dell'arco, diagnosi che a prima vista si era indotti a fare, ma per una ectasia del cuore a destra.

La palpazione, la percussione, l'ascoltazione, confermarono pienamente questa diagnosi.

In un altro ammalato, in cui si era ritenuto trattarsi di aneurisma dell'arco, la radioscopia mostrò benissimo il tumore nella sua sede, la sua forma e il suo volume.

Oltre gli aneurismi, l'autore, nelle dilatazioni aortiche, ha visto disegnarsi a destra e a sinistra dello sterno, per una curva un pò meno chiara del fondo del torace, la porsione sporgente del vaso.

Parimenti è riusoito a riconoscere le ipertofis del cuore compensatrici delle sclerosi arteriose o renali; in questi casi ha visto battere le orecchiette a destra dello sterno.

Questi fatti, uniti a quelli che egli ha già comunicato precedentemente, mostrano che l'impisgo dei raggi di B ö n t g e n, che rendono alla chirurgia grandi vantaggi, sono anche preziosi per la medicina.

L'applicazione della radioscopia nello studio delle malattie dell'addome, gli ha, fino adesso, dato risultati poca soddisfacenti: egli è riuscito a vedere la volta che forma la faccia convessa del fegato, ma raramente gli è stato possibile il delimitare la parte inferiore di questo organo; non ha visto i reni, non ha potuto distinguere un voluminoso cancro dello stomaco; una sola volta si è intraveduto, in una maniera incerta, la testa del feto in una gravida.

Lo stomaco apparisce come una macchia chiara, sul fondo opaco dell'addome, solamente quando contiene gas abbondante.

Facendo uso di rocchetti potenti, che elevano la tensione della corrente alternante, al punto di fornire delle scintille di 40 centimentri, l'autore è riuscito a vincere la resistenza che il torace dell'adulto oppone ai raggi invisibili, ed ha fatto comparire sul diaframma forsforescente dettagli degli organi del petto. Si augura, che aumentando ancora la potenza di penetrazione dei raggi, possa attraversare la massa degli organi addominali, molto più resistenti di quelli del torace (La Semaine mèdicale, n. 65, 1896).

Pollaci

NOTE DI PRATICA OSTETRICA

Basico, decembre 1896

Feto Idrocefalloo. Fistola vescicovaginale

Al termine del servisio in qualità di medicochirurgo condotto del comune di Basicò, presentossi alla mia osservazione un caso, che merita di essere pubblicato.

R. E., giovane a 25 anni, mestruò regolarmente a 16 anni, da genitori sani e tutt' ora viventi.

Non soffri mai malattie serie, e, traune qualche febbre effimers, godė sempre buona salute. Maritata da circa un anno, usci gravida.

Nel primo periodo della gestazione non soffri alcun che di notevole, solo l'impressionava il volume dell'addome. Verso la 2ª quindicina dell'8º mese incominciò ad avvertire dolori su tutta la superficie uterina, dolori, che aumentando di giorno in giorno non le davano un momento di riposo, tanto che fu costretta a ricorrere all' opera di un medico, che ordinolle un salasso.

Praticato questo, la R. emise una grande quantità di liquido dalla vulva e la famiglia per darmi poi un'idea dell'abbondanza di eeso, mi disse che riempi una stanza.

Dopo tale fatto, l'inferma senti allegerirsi i dolori e riprese le occupazioni giornaliere.

Se non che, dopo circa otto o dieci giorni, le sopravennero nuovamente da costringerla a letto. Fu a questo punto che la famiglia credette consultarmi e quindi portatomi dalla gestante noto: giovane, di sviluppo scheletrico muscolare eccellente, nutrisione scarsa, che avverte dei dolori aventi tutti i caratteri di quelli del parto, brevi e ad intervalli, aventi origine dal sacro per terminare al disopra del pube.

Il volume dell'utero è aumentato notevolmente, ed il suo asse longitudinale è inclinato in avanti tanto da formare coll'asse del bacino due angoli oppositi al vertice di circa 85 gradi; tra la parte posteriore dell'utero e gli organi addominali notasi uno spasio non indifferente.

Alla palpasione mostrasi dolentissimo su tutta la superficie, maggiormente in alto ed a sinistra. Assicurato dalla levatrice che circa otto o dieci giorni prima c'era stata quell'abbondante emissione di liquido, noto, esplorando il collo dell' utero dilatato e lo spazio da questo lasciato occupato da una parte fetale, resistente al tatto, ma non tanto da non far percepire una profonda flutuazione; è impossibile rintracciare la fontanella posteriore, solo portando lateralmente il dito, mi riesce percepire fino ad un certo punto il margine di osso non scontinuato, seghettato, di un osso parietale.

Le ossa parietali erano quindi divise e tra l'un margine e l'altro rimaneva una estesa su perficie resistente e profondamente fluttuante. Non la potuto sentire il battito fetale nè il soffio placentare; i dati precedenti e quelli da me ri-

scontrati, mi autorizzavano a disgnosticare un feto idrocefalico, probabilmente morto nell'utero, una idrocefalia abbastansa pronunsiata, per cui la regione mantenevasi al distretto superiore del bacino, onde le contrazioni uterine andavano man mano a farsi più brevi e più rare.

Vista la gravessa del caso, dichiaro tutto allo sposo ed al padre della gestante e richiedo un consulto, che mi fu negato per circostanze finansiarie.

Fui pertanto invitato ad operare qualunque fosse l'esito. Non avendo la R. urinato, introduco in vescica il catetere, ma, con mia meraviglia, non fuoriesce urina; sospettando una fistola, inietto una soluzione all'acido borico, che infatti scorre dalle vie genitali; poche gocce escono dal catetere. Temp. 88°,5, polso piccolo e frequente. Faccio relativa toletta della vagina e dispongo la ge-

stante in posizione ostetrica. Qual'era il messo d'adoperare per l'espletamento del parto? L'applicazione del forcipe, il rivolgimento o la craniotomia??! L'applicazione del forcipe sulla testa impegnata nel distretto superiore del bacino, se è per sè stessa difficile nei casi, dirò così, fisiologici, avuto riguardo alla difficoltà d'introdurre l'istrumento e di fare le dovute trazioni secondo l'asse del bacino, oltre al pericolo dell'infesione che puossi apportare nella cavità uterina, si rendeva difficilissima nel caso mio in cui l'estremità cefalica era enormemente ingrandita nei suoi diametri. Del resto, essendovi la quasi certessa della morte del feto, perché non usare un altro messo più sicuro e meno pericofoso per la madre??!

Scartai per le stesse ragioni il rivolgimento e mi attenni alla craniotomia.

Infatti, preparata l'inferma come sopra, con la guida del dito sinistro pratico un'occhiello nello spazio lasciato libero dai due parietali; dall'apertura vengono fuori circa due litri e messo di l'quido.

Ritirato il crianiotomo volevo abbandonare il parto alle forze della natura, però, l'utero, malgrado che avessi tentato d'eccitarle con dosi di segala, non si contrae per nulla, per cui decisi d'espletarlo con mezzi chirurgioi.

Introduco nella cavità cranica fetale l'uncino acuto e per diminuire il diametro bi-parietale, che era d'un certo ostacolo all'uscita del feto, strappo le due ossa parietali; in ultimo facendo presa sul forame occipitale estraggo un feto, il cui corpo è piccolo, di sviluppo scheletrico muscolare scadentissimo e senza spina bifida, la quale è quasi sempre concomitante coll'idrocefalia.

Il secondamento presentò naturalmente delle difficoltà, essendo l'utero caduto in completa inerzia. Il cordone, staccatosi dalla placenta, che dovette estrarsi, era insieme e quest'ultima in avanzata putrefazione, emettendo per la stanza un fetore insopportabile e nauseante.

L'atto operativo si compi sensa incidenti di sorta; colo terminati i lavacri vescicali, vaginali ed uterini, che eseguii in grande abbondanza, attese la forze esauste dalla povera R., iniettai per misura di precausione un grammo d'etere. L'indomani trovo temp. 89°; polso piccolo, frequente, addome tumefatto, dolentissimo; lochi fetidissimi; prescrivo tre lavacri quotidiani, neve sull'addome ed una soluzione eccitante.

Scompaiono dopo 6 o 7 giorni, la tumefasione ed il dolore, non c'è più vomito nè singhiozzo, la temperatura scende a 87°,5, il polso diminui-

sce di frequenza.

Rimasero così i fatti per circa otto giorni quando la temperatura accenna ad aumentare, malgrado che i lochi fossero di molto migliorati nel colore, nell'odore; il polso si fa più piccolo e frequente e l' inferma muore dopo quasi 16 giorni dell'operazione.

Il caso esposio, è raro, sia per il volume dell'idrocefalia, sia per tutte le conseguenze, che questa apportò, non essendo stato il parto esple-

tato a tempo debito.

Che l'abbo idanza delle acque, il poliamnios, stia in ragione inversa con lo sviluppo scheletrico muscolare e quind con la vitalità del feto, è provato dalla clinica osservazione, come ancora è generalmente riconosciuto il rapporto per lo più esistente tra mostruosità fetali e poliamnios; quindi il caso esposto non apporta, che un nuovo contributo clinico su ciò che già è stato osservato; solo nel caso in esame non si è riscontrata la spina bifida, che s'accompagna per lo più all'idrocefalo.

Rotte le acque così precocemente per la energica e continua contrasione uterina destata dall'utero enormemente disteso, per cui spostossi il suo asse longitudinale, e non essendo espletato il parto subito, com'era di dovere, ne avvenne una compressione continua e pero anente dell'utero contro le parti molli circostanti, le quali per la continua compressione caddero in necrosi, per ischemia, for rando una fistola tra le parti genitali e la vescica.

La morte del feto poi, essendo inevitabile per la continua compressione a cui era soggetto, recò come conseguenza diretta l'arresto della circolasione placentare e quindi la necrosi e la putrefazione di esso.

Quale dovea essere l'esito di tante e tali lesioni?

Evidentemente, in primo luogo una inflammasiore settica, della mucosa uterina, acutissima, endometrite settica la quale non s'arrestò semplicemente alla cavità uterina, ma per continuasione tentò di promuovere una pelvi-peritonite arrestata nel suo inizio.

L'endometrite settica accenno anch'essa ad una notevole miglioria con la riduzione dell'utero, dei diminuiti dolori, della temperatura, del respiro ecc., e l'inferma sarebbe certamente guarita se un'altra via d'infezione, inaccessibile, e molto più pericolosa, non avesse favorito la penetrazione dei germi patogeni nell'organismo, parlo della fistola vescico-vaginale.

Oggi pare che non ci sia più dubbio su ciò, che per tanto tempo fu causa di vivo contrasto tra i patologi, cioè che la vescica possa essere anche una porta di entrata dei microrganismi, i quali per la via degli ureteri possono localizzarsi o nel

rene, dando la pionefrosi, o penetrare direttamente nel circolo.

E agevole quindi argomentare come per la fistola già costituita durante il travaglio del parto fossero penetrati agenti morbosi, dei quali certamente le vie della generazione non faceano penuria in quel momento, per aumentare o meglio risvegliare quell'infezione settica generale, apportata in sul principio dalla endometrite, assopita ed in via di soccombere sotto la forza vitale degli elementi organici, producendo inesorabilmente la morte dell'inferma.

Dottor Francesco Aremi

SPOGLIO DEI PERIODICI ITALIANI

« Archivio italiano di clinica medica, Puntata III, 1896 ».

I. Sulla tubercolosi latente. E. Terrile viene alle seguenti conclusioni:

1ª che puossi provocare la tubercolesi sperimentale reinoculabile, con materiale patologico in cui l'esame microscopico accurato nen ha rivelato la presenza del bacillo di Koch;

2ª la tubercolosi si cela facilmente agli occhi del medico, ed è logico e necessario il sospettarla sempre ed opportuno il procederne sem-

pre alla ricerca;

8ª il miglior metodo di garansia in questi casi è l'espettorato nel'e cavie, metodo che ha dato reperti positivi anche quando gli altri messi d'indagine, compresa l'iniesione di linfa di Koch, sono falliti;

4ª devesi per ciò ammettere indubbiamente una tubercolosi latente, uno stato cioè in cui, essendovi il bacillo di Koch nel nostro organismo, esso non da alcun segno diretto della sua es stenza.

II. Appunti di semiotica raccolti nell'anno 1895-96. A. Monari in un caso di tubercolosi polmonare notò, praticando l'ascoltazione orale, che il rumore glottideo era interciso (saccadé) con ritmo soincidente col polso, e crede questo fatto dovuto a probabile anomalia di posisione dell'aorta, la quale ritmicamente comprimendo un qua'che grosso bronco, ne, diminuisca il lume interrompendo la corrente aerea.

Accenno poi il Monari al valore prognostico delle piaghe da decubito nella pneumonite con complicanze, le quali piaghe esprimerebbero una infezione gravissima. Biferisce ancora l'autore la presenza di un soffio cardiaco che scompariva nella posizione eretta in un individuo non nevrotico nè clorotico, ed in cui il rumore avea un'origine intracardiaca, non anatomica, ma funzionale, spiegabilissima col suo stato discrasico.

In un ammaiato percipi l'autore un rumore di galoppo, al collo, più accentato sulla carotide destra che sulla sinistra, senza viziatura (insufficienza) delle semilunari aortiche.

porta di entrata dei microrganismi, i quali per L'autore osservò ancora un doppio tono della via degli ureteri possono localissarsi o nel l'aorta addominale per influenza nervosa in una ______

donna anemica ed un soffio arterioso sopraspinoso in un individuo tubercoloso, il quale soffio è differente dal soffio succlavio, perchè alla necroscopia non si trovò alcuna di quelle cause che alcuni autori hanno ammesso per la spiegasione del soffio succlavio, mentre d'altra, parte per l'indurimento dell' apice polmonare destro era plausibile ammettere, che tale rumore dipendesse da compressione di una diramazione dell' art. polmonare.

III. Semiologia del contenuto urobilinico dell' intestino. Saggio per A. Biva. — Il contenuto urobilinico dell'intestino varia di giorno in giorno, varia di momento in momento, e ciò non deve sorprendere se si pensi che il bilancio globulare del sangue è instabile e che l'alimentazione, il lavoro, l'ambiente in cui si vive, lo stesso stato d'animo, contribuiscono a far variare quantitativamente e forse qualitativamente l'attività del fegato. L'autore, fa notare che nel periodo del pretto allattamento materno, l'urobilina manca nelle feece e nell'urina, perchè i batteri intestinali, alla cui influenza è devoluta la formazione dell'urobilina, mancano a quest' epoca della vita nell' intestino. In condizioni patologiche, scompare l'urobilina dall' intestino in due soli casi, nella chiusura veramente completa del coledoco e nell'avvelenamento grave per fosforo; ma anche in questi casi, fecce veramente acoliche, cioè che non contengano ne bile, ne i prodotti della bile, non esistono, perchè esse, secondo osservazioni dell'autore, contengono sempre urobilina, e perchè l'apparensa acolica delle fecce è dovuta a presenza di molto grasso e suoi derivati.

Quantunque l'autore non possegga ancora personali osservazioni, pura pensa che, come nell'urina, così nell' intestino, scarsa debba essere la presenza dell' urobilina nei casi di degenerazione amiloide e grassa del fegato. Nel rene cardiaco, afferma l'autore che, l'urobilinuria, come la bilinia intestinale è considerevole.

L'urobilinia intestinale aumenta nella quartana doppia, nello scorbuto, nell'itterisia da plejocromia per infesione malarica e nell'anemia grave da emolisi esagerata.

IV. Contributo allo studio della bile in ordine al suo contenuto urobilinico e trasformabilità in urobilina. G. Cavalli da studi fatti sulle bili fresche umane ed animali e sulle bili umane cadaveriche, e dalle considerazioni fatte in rapporto con le varie teorie emesse sulla patogenesi dell' urobilinuria, crede potere affermare la teoria epato-intestinale dell' urobilinuria.

V. Contributo allo studio dei vantaggi che la laparotomia arreca nella peritonite tubercolare cronica fibrosa. E. Burci ritine che i benefici effetti della laparotomia nella peritonite tubercolare cronica fibrosa sono devoluti all'aumento dei messi di difesa dell'organismo (reazione inflammatoria, leucocitosi) contro la infesione tubercolare.

VI. Contributo allo studio della genesi del pigmento giallo fondamentale dell'urina. — P. Chiodera riusci ad assodare, che l'urobilina deve, con molta probabilità, essere considerata quale

una delle sorgenti del pigmento giallo fondamentale dell' urina.

VII. Il meningismo nell' infesione pneumococchica. Ferraro Dante viene alle seguenti conclusioni, che la pneumonite diplococchica può dare un meningismo, senza base anatomica macroscopica, dovuto all'azione di tossine batteriche circolanti; che la diagnosi clinica acquista valore dal risultato negativo della puntura di Quincke; che la prognosi è fausta nel maggior numero dei casi e che la terapia migliore sarebbe la sieroterapia.

Scagliosi

NOTIZIE

Il trasporto delle ceneri di Pasteur

Il 26 decembre le ceneri di Pasteur furono trasportate da Notre Dame all'Istituto che porta il suo nome.

La cerimonia non poteva riuscire più sontuosa, nè poteva essere meglio organizzata.

Alle 8 172 si celebro a Notre Dame la messa di requie e da qui il feretro fu trasportato all'Istituto Passeur con la rappresentanza: di quasi tutto il corpo medico e di tutto Parigi scientifico. Oltre alla famiglia, assistevano alle solenni onoranze, i professori: Brundel, Debove, Grancher, Monod, Roux Chantemesse, ecc., ed irappresentanti il Presidente della Repubblica, Mèlin, Brisson, Rambaud.

La consegna delle ceneri fu fatta da uno dei figli dell'illustre estinto, a Bertrand, presidente del Con siglio dello Istituto Pasteur. Sulla tomba era scritto: « per la pietà della vedova e dei figli »,

L'elogio di Pasteur e delle sue opere fu fatto successivamente da Ram bau d l, ministro della Pubblica Istrusione, da Baud in rappresentante il mu, nicipio. da Legomé, Presidente della Accademia francese, da Lister, per l'Accademia Inglese, da Bergeron segretario dell'Accademia di Medicina, etc.

Infine, Duclaux, il nuovo direttore dell'Istituto Pasteur, pose fine alla serie dei discorsi.

Le ceneri sono state collocate nel vestibolo d'entrata dello Istituto ed il sarcofago che le racchiude, è una vera opera d'arte degna di essere ammirata da tutti gli artisti.

Si è costituito già un Comitato per raccogliere le somme destinate alla erezione di un monumento a P as t e ur in una piazza di Parigi. Le somme raccolte finora ascendono a circa 215,000 lire.

Il Siero antidifterico gratuito a Lione

Dopo accordo con l'amministrazione municipale, il Consiglio d'amministrazione degli ospizi civili di Lione, ha deciso di mettere gratuitamente, giorno e notte, a disposizione dei poveri, il siero antidifterico delle farmacie dell'Hôtel - Dieu, dell'ospedale del a Croce Rossa, dell'ospizio dell'Antiquaille e il giorno soltanto all'ospizio des Vieillards, previa la prescrizione del me. dico, il quale farà menzione nella sua prescrizione, della povertà dell'individuo che richiede il siero.

HOMINE E PROMORIOUS

Il Dott. Resegotti, docente di clinica chirurgica all'Università di Torino, fu nominato in seguito ad esame e per titoli chirurgo primario dell'ospedale di Como.

Il Dott. Is nardi, già assistente all'Ospedale S. Giovanni di Torino, fu nominato chirurgo primario in detto Ospedale. Fornaca

NECROLOGIO

Emilio du Bois-Beymond è morto il 26 decembre dell'anno ora decorso in Berlino, nell'età di 78 anni.

Egli nacque in Berlino, da una famiglia, originaria da Neuchatel, il 7 novembre 1818. Suo padre era orologiaio, sua madre era nipote del celebre incisore in rame Davide Codowiecki.

Si diede dapprima allo studio della teologia e filosofia, poi studio, nel 1888, geologia in Bonn e matematica in Berlino ed infine si diede alle scienze naturali dopo aver sentito le lezioni di Mitscherlich.

Per consiglio di Hallmann studio specialmente la fisiologia e prima scolaro sotto Giov. a nni Müller divenne poi il suo assistente. Nell'anno 1848, cominciò a dimostrare il suo ingegno con la pubblicazione delle sue ricerche sulla elettricità animale (Ueber den sogenannen Frochstrom) e della sua tesi di dottorato « Que opud veteres de piscibus electtricis existant organisments».

Nel 1851 fu eletto membro dell'Accademia delle scienze di Berlino, di cui dal 1867 in poi divenne segretario perpetuo; nel 1855 fu nominato professore ordinario, nel 1858 divenne ordinario di fisiologia ed occupò il posto lasciato vacante dal suo maestro J. M ü 11 e r.

Il campo in cui D u B o is raccolse gli allori scientifici fu quello della fisiologia generale dei muscoli e dei nervi.

I suoi numerosi lavori furono riuniti in due volumi (1885 - 1887).

Oltre ai suoi lavori puramente scientifici sono da ricordare i seguenti:

« Voltaire quale naturalista 1868 », « Sui limiti della conoscenza della natura (1882) », « Le Università t:desche », Goethe e nessun fine (1888) », ecc.

Similmente al suo maestro, sapeva anche DuBo i s eccitare i giovani a lavori utili, animandoli e consigliandoli.

I suoi scolari occupano in gran parte le cattedre più insigni delle Università tedesche, e tra essi sono da annoverare: I. Rosent hal (Erlangen), L. Hermann (Königsberg), Bernstein (Halle a S.), G ad (Prag), Kronecker (Bern), Heidenhain, Baumann, (da poco defunto) Hermann.

Dal 1859 al 1877 fu Du Bois insieme a Reichert redattore dello « Archiv für Anathomie und Physiologie », fondato dal suo maestro Johannes Müller; dal 1877 dello « Archiv für Physiologie ».

La famosa scuola fondata da J. Müller, si era di già assottigliata con la morte di Brücke, Carl Sachs, Helmholts e C. Ludwig, ed ora ha prduto anche Du Bois-Reymond.

Scaglicei

PROVINCIA DI GENOVA

DEPUTAZIONE PROVINCIALE

Avviso di concorso per un posto di medico assistente alienista nel manicomio provinciale di Quarto al Mare

Giusta la deliberasione 8 decembre 1896, n. 1926, della Deputasione Provinciale, è aperto il pubblico concorso per titoli ed esame al posto di medico assistente alienista nel manicomio provinciale di Quarto al Mare, con l'annuo stipendio di L. 2500, per anni tre e salvo conferma successiva, col diritto a due aumenti quinquennali, ognuno di un decimo dello stipendio e alla pensione di riposo nei casi e giusta le norme sancite dai regolamenti del detto stabilimento e da quello in vigore per gli impiegati provinciali.

Le domande degli aspiranti, in competente bollo, dovranno essere presentate o parvenire alla segreteria della Deputazione Provinciale non più tardi del messodi del giorno 31 gennaio 1897. Ad esse dovranno andare uniti i documenti che seguono, pure in bollo competente:

1. Certificato di mascita, da cui risulti che l'aspirante ha compiuto gli anni venticinque e non oltrepassati i trentacinque.

Certificato, che può essere unito al precedente, di cittadinansa italiana.

8. Certificato di buona condotta.

4. Certificato di non incorsa penalità.

5. Certificato di buona costituzione fisica.

6. Certificato d'esito di leva.

7. Diploma originale di laurea in medicina e chirurgia o copia autentica di esso.

- 8. Certificato rilasciato da un direttore di manicomio o clinica psichiatrica, da cui risulti che l'aspirante ha prestato regolare ed effettivo servizio per almeno tre anni nella cura delle malattie mentali.
- 9. Tutti quegli altri titoli accademici o scientifici, pubblicazioni, memorie, relazioni, studi ecc., che valgano a comprovare nell'aspirante capacità e corredo di studi nelle discipline psichiatriche, istologiche e batteriologiche ed attitudine a coprire l'ufficio per cui il concorso è bandito.

L'eletto dovrà entrare in servisio tosto che sia a lui comunicata la nomina.

Oii esami, che verseranno sulla psichiatria, sull'anatomia normale e patologica e sulle indagini microscopiche e batteriologiche, seguiranno entro il mese di febbraio 1897 e precisamente nei giorni ed ore che la Commissione indicherà in tempo utile ai candidati dichiarati ammessi al concorso.

Genova, li 29 decembre 1896.

Il Presidente

Il Segretario Capo

A. Pilo

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIA RONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommanio. - 1. Il progresso medico internazionale. La neuropatologia in germania. - 2. Lavori originali. Laboratorio dell'Orto botannico della R. Università di Catania.-Sui terreni culturali per la ricerca dei saccaromiceti, pel dott. O. Casagrandi. - 8. Note di batteriologia. - 4. Malattie dello apparato digerente. - 5. Pratica oftalmoiatrica. - 6. Note di neuropatologia. - 7. Pratica medica. - 8. Spoglio dei periodici.

IL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

La neuropatologia in Germania

Sulle forme rare di malattie ereditarie e familiari cerebrali e spinali. H. Higier in questo lungo lavoro riassume a grandi tratti, tutto ciò che oggidi sappiamo sulle malattie nervose organiche eredo familiari, e fa seguire a queste osservazioni, le storie cliniche e le fototipie di quattro sorelle le quali presentavano il quadro clinico della diplegia cerebrale eredo-familiare; fa in seguito una rassegna critica delle osservazioni esistenti nella letteratura riguardanti questa forma morboss.

Un case di paramiecione multiple. L. Krewer a proposito di un caso da lui osservato, fa la storia della malattia. La prima osservazione fu fatta nel 1881 da Friedreich in un uomo di 50 anni. Negli anni seguenti dal 1888 al 1890 apparve una vasta serie di pubblicazioni, delle quali poche appartengono veramente alla malattia di Friedreich, la massima parte a nevrosi motorie affini od all'isterismo. Nel 1891 apparve la estesa monografia di Unverricht sulla mioclonia, in cui si trovano descritti cinque nuovi casi. Egli divide i casi di mioclonia in 5 gruppi. Colloca nel primo quelli che sono più vicini al tipo descritto dal Friedreich o ne differiscono di poco. Tali sono i casi di Löwenfeld, Bemak, Homen, Francette, Lembo, Peiper e Mossodorí. Al secondo gruppo appartengono quei casi che sono molto vicini alla miocionia, ma se ne distinguono per certi caratteri, per i quali ancora non è accertato se appartengano o no alla miocionia. Qui trovano posto due casi di Kny, tre di Silvestrini, i casi di Testi, Feletti, Hyghes, Bennet, Seeligmüller, Rybalkin e Moretti. Possono classificarsi nel terso gruppo i casi in cui ci sono fenomeni coreici, ossia un caso di Marie, due di Ewald, uno di Seeligm üller, due di Papow,

e Lemaire e Minchowski. Al quarto gruppo appartengono i casi che per i fenomeni che presentano, dovrebbero essere piuttosto collocati nell'isterismo. Tali sono i casi di Ziehen, Venturi, Seeligmüller, Bechterew, due casi di Marina, il caso di Fladella, di Kowale, wsky e Moretti, Fanno parte del 5º gruppo due casi di Ziehen e Fry. Questa è tutta la letteratura esistente fino al tempo della pubblicazione di Unverricht. Dal 1891 ad ora, sono apparse altre due pubblicazioni di Unverricht, una di Bregmann, poi altri tre casi di Unverricht (1896) ed in fine il caso che fu occasione della presente pubblicazione del Krewer. In questo caso, che riguardava una ragazza di 19 anni, si potevano distinguere due categorie di sintomi: contrazioni cloniche di muscoli o gruppi muscolari degli arti superiori ed inferiori, del tronco e del volto; accessi epilettici, specialmente notturni. Si trattava, dunque, di una nevrosi strettamente collegata con l'epilessia. L'autore conchiude che il suo caso, più che al paramioclono multiplo di Friedreich appartiene alla mioclonia di Unverricht.

Un case di tabo dersale con sintemi bnibari. H. Grabower riferisce un caso di tabe con sinto. mi bulbari e specialmente disordini nel campo del trigemino, dell'abducente, dell'oculomotore, del glosso-faringeo, dell'acustico e della innervazione dei muscoli della laringe (crico-aritenoidei posteriori e tiro-aritenoidei interni).

Fu fatto l'esame microscopico del midollo spinale, del tronco del cervello, di alcuni nervi periferici, delle radici estracerebrali dell'accessorio, del vago, del glosso-faringeo, dell'acustico, dell'oculomotore destro ed infine di alcuni muscoli della laringe. Oltre le lesioni tipiche della tabe l'autore riscontrò degenerazione del ricorrente sinistro, avanzata atrofia di fibre nelle radici estrabulbari bilaterali del vago, completa integrità delle radici dell'a cessorio, degenerazione delle radici del glosso-faringeo. I nuclei e le radici intracerebrali del vago e dell'acustico erano in entrambi i lati integri; era degenerato in parte il fascicolo solitario e fortemente degenerata la radice ascendente del trigemino in entrambi i lati. Inoltre vi era forte atrofia dei nuclei principali dell'oculomotore, specie di quello di destra e dei nuclei dell'abducente e del trocleare. Lesioni microscopiche esistevano in alcuni dei muscoli della laringe. L'autore ammette che la lesione delle uno di Allen-Starr, di Spitzka, di Lemoine radici del vago e del ricorrente e la consecutiva

paralisi dei muscoli laringei, erano dipendenti dalla tabe, giacchè mancava qualsiasi altra causa. Il suo caso inoltre, apporta un importante contributo alla conoscenza dell'innervazione motrice della laringe, essendo una questione ancora controversa se il vago o l'accessorio sia il nervo motore di questo organo. Infatti, nel caso riferito, esisteva paralisi dei muscoli della laringe e le radici estrabulbari del vago erano notevolmente degenerate, mentre le radici dell'accessorio erano integre. L'autore conchiude che l'accessorio non prende affatto parte alla innervazione dei muscoli laringei.

Un case di sifilide cerebre-spinale. R. Cassirer riferisce l'osservazione di una donna di 57 anni, della cui anamnesi si conosceva soltanto che da alcuni anni soffriva di cefalea e di emiplegia de stra. Il primo esame fatto nel maggio del 1894 dimostrò un'emiplegia destra spastica, con esagerazione dei riflessi tendinei, anche nel lato sinistro del corpo, senza partecipazione del facciale, disartria ed uno stato di eccitazione allucinatoria; inoltre forte arteriosclerosi generale. Nel corso ulteriore della malattia, la cui durata fu di tre mesi, il quadro clinico rimase costante nei suoi punti essenziali.

L'emiplegia destra, l'esagerazione dei riflessi tendinei in entrambi i lati, la disartria, la differenza d'ampiezza delle pupille (la destra più ampia della sinistra), la rigidità pupillare a destra, furono sintomi costanti. Dal lato psichico esisteva demenza e confusione mentale. In modo passeggero si osservò diplopia, ptosi sinistra e paresi facciale destra; fu del pari passeggero un insieme di fenomeni che ricordava la meningite acuta (vomito, dolori alla nuca). La morte avvenne in mezzo a marasma generale e contrazioni cloniche nel lato sinistro del corpo.

All'autopsia, oltre ad un'epatite interstiziale e ad una nefrite parenchimale, si rinvennero parecchie lesioni anatomiche del sistema nervoso, ossia: pachimeningite nel territorio del ponte e del cervelletto; leptomeningite nel resto dell'asse cerebro-spinale (midollo spinale, allungato, ponte, peduncoli cerebrali, cervelletto); tumori di granulazione parvicellulare, che dalle meningi andavano verso l'interno, in parte caseificati in parte degenerati in tessuto fibroso, ed avevano sede nel piede sinistroe destro dei peduncoli cerebrali. Il focolaio di destra aveva distrutto una piccola parte e quello di sinistra la maggior parte della via piramidale e quasi tutto il resto delle fibre del piede del

peduncolo. Inoltre si trovò notevole degenerasione delle fibre intramidollari del trocleare sinistro, della radice spinale destra del trigemino, grave degenerazione discendente della piramide sinistra e del fascio piramidale del cordone laterale destro del midollo spinale, lieve degenerasione della piramide destra e del fascio piramidale del cordone laterale sinistro del midollo spinale, quasi normale la via piramidale dei cordoni anteriori; degenerazione della sona d'entrata delle radici posteriari nella sesione inferiore del midollo cervicale, nel lato sinistro; infine endo meso- e periarterite cronica delle arterie del cervello e del midollo spinale.

Un ease di sarcematosi diffusa delle leptemeningi dei sistema nerveso centrale. Ch. Buech riferisce la storia ed il reperto anatomico di un ragazzo di 9 anni, ammalatosi con cefalea, vomito,
depressione, senza febbre nè convulsioni. Nel corso ulteriore della malattia, che durò circa 7 mesi,
si ebbe vertigine, cammino titubante, paresi dell'abducente sinistro, pupille larghe, eguali, che
reagivano poco alla luce, atrofia dei nervi ottici
e nevrite, probabilmente consecutiva a papilla
da stasi; amaurosi quasi completa. Non vi erano
disordini di sensibilità. Il i ifiesso patellare destro
era esagerato. Conservati i rifiessi superficiali.
Paresi passeggera del facciale destro, con i caratteri della paresi periferica.

Il complesso dei sintomi succennati (cefalea, vertigine, vomito, disordini nell'equilibrio del corpo, papilla da stasi bilaterale), condusse l'autore a fare la diagnosi il un'affesione del cervelletto.

Alla sezione, il cervelletto si trovò ingrandito notevolmente, e per tutta la sua superficie, al di sotto della pia, si vedevano piccole e grandi isole piatte, anfluenti fra loro. Fatto un taglio sagittale lungo la linea mediana dell'organo, si vide che il verme inferiore era occupato da una massa neoplastica bianca, simile a midollo, mentre il verme superiore era molto appiattito, ma non invaso dalla neoplasia.

L'acquedotto di Silvio era slargato ed occupato da una massa di tessuto simile al precedente, che indietro si nascondeva lunghesso il 4º ventricolo ed in avanti fino all'estremità posteriore del 8º ventricolo.

Il midollo allungato ed il ponte erano molto allargati in direzione laterale ed appiattiti.

La dura spinale normale; la pia e l'aracnoide uniformemente inspessite; in certi punti lo spes-

sore era maggiore che nel resto, la consistenza cartilaginea, il colorito biazco, splendente.

All'esame microscopico si vide trattarsi di un angio-sarcoma diffuso delle meningi molli del midollo spinale, dei bulbo e dei ponte, i quali organi erano rimasti cionondimeno integri.

Nel cervelletto la neoplasia avea distrutto il verme infariore.

Peliemiesite primaria acuta. A. v. Korniiew. — Si trattava in questo caso di un nomo di 81 anno, che era andato soggetto aduna nefrite parenchimatosa subscuta, con edemi e grande quantità di albumina nelle urine.

Nel corso della malattia si ebbero, di tempo in tempo, segni di infiammazione delle sisrose (prima pieurite, poi pericardite). In segnito lo stato dell'infermo migliorò notevolmente.

Due mesi circa dopo il principio della malattia, si manifestò aumento della temperatura, accompagnato da forti delori di ventre.

Biapparve subito l'edema negli arti inferiori , senza alcun fenomeno infilmmatorio della cute,

Dieci giorni dopo, l'edema degli arti inferiori si fece più rilevante e si manifestò anche negli arti superiori. L'infermo si sentiva assai più debole di prima.

La temperatura si mantenne sempre superiore al normale, ma non superò mai i 88º,6.

Tre settimane circa dopo il peggioramento ora cennato, la quantità dell'urina aumentò in modo straordinario fino a 5700 cc. in 24 ore, e l'ammalato si lagnava di grande debolessa nelle membra.

Due giorni dopo ci fu paralisi completa di tutti e quattro gli arti. Non esistevano dolori spontansi, però la pressione sui muscoli era dolorosa.

Le sensibilità erano normali.

L'esame elettrico dimostrò abolizione dell'eccitabilità faradica in quael tutti i muscoli ed una notevole diminuzione della galvanica, mentre alcuni muscoli presentavano l' inversione della formula normale, ed altri rispondevano con contrasioni lente.

In ultimo alla paralisi si aggiunse l'atrofia muscolare.

I rificasi tendinei che in principio esistevano, scomparvero; così pure i rificesi superficiali, ecestto il cremasterico. La temperatura in ultimo ridivenne normale.

La morte ebbe luogo un mese dopo il principio della malattia. Alla sesione si trovò nefrite parenchimatosa cronica e pericardite. Nessuna alterazione si zinvenne all'esame macro e microscopico del sistema nervoso centrale e periferico.

I muscoli presentono rilevanti lesioni, in forma di una grave mioste parenchimale ed interstiziale: le prime consistevano principalmente nella vacuolizzazione delle fibre, rigonfiamento torbido ed atrofia delle medesime; le seconde in un'infiltrazione parvicellulare e proliferazione di connettivo lasco.

Si trattava dunque di una forma pura di poliomiosite (*Deutsche Zeitschrift/ür Nervenhielkun*de, Bd. 9, H. 1 u. 2, 1896).

De Gravia

LAVORI ORIGINALI

LABORATORIO DELL'ORTO BOTAMBICO DELLA R.URIVERSITÀ DI CATARIA.—SUI TERRENI CULTURALI PER LA BICERCA DEI SACCAROMICETI, per il dottor O. CAGAGRANDI.

Oggidi che i saccaromiceti hanno assunto si grande importanza in patologia e in igiene, i metodi adatti alla loro ricerca sono diventati necessari ad esser presi in considerazione.

Già il Sanfelice, quegli al quale risale tutto il merito, se questo nuovo campo si è aperto agli studiosi, sotto un nuovo punto di vista, ha da tempo messo in chiaro un modo di ricerca dei saccaromiceti nei tessuti per messo di due metodi di colorazione, di cui specialmente quello al litio-carminio, bleu o violetto di Ehrlich, s rende presto il più comodo e adatto allo scopo.

Però, per ciò che si riferisce ai terreni culturali nei quali si sviluppano gli esseri in discorso, non si può dire ancora che siano stati sufficientemente studiati.

Io, avendo avuto l'opportunità di prendere in esame 36 diversi substrati non succherati e succherati, innestati con i più diversi materiali, prendo l'occasione per mettere in luce, quanto potei sul proposito rilevare, sensa però avere di mira di fare uno studio sistematico, non essendo questo lo scopo da cui ero diretto nello sperimentarli.

I. Terreni non succherati.

Riguardo ai terreni non acceherati, costituiti da diversi sali, in diversa proporsione sciolti nell'acqua aggiunta di peptone, secondo le note formule dei vari autori che si occuparono delle fermentasioni dal punto di vista industriale, non ottenni risultati confortanti, perchè dai molti

materiali innestati a scopo di saggio, dai quali riusciva in altri terreni adottenere saccaromiceti, nelle soluzioni saline non ne ottenni che in pochissimi casi. E tale risultato si mantenne pressochè identico quando i sudetti substrati venivano solidificati con gelatina al 10°[o o con agar al 3°[o. Soltanto allorchè la solidificazione veniva fatta con Fucus crispus al 8°[o, cresceva il numero dei saccaromiceti che potevansi isolare. Però, come si vedrà, non insistei ulteriormente neppure su questo substrato, di fronte ai risultati migliori offertimi da altri terreni, sia pure solidificati con il fucus stesso.

II. Terreni succherati.

A. Soluzioni saline zuccherate.

Maggior profitto ricavai dalle soluzioni saline aggiunte di glucosio (sempre secondo le formule fatte conoscere dai diversi cultori delle fermentazioni), sia che queste soluzioni si usassero tali e quali, sia che si solidificassero con gelatina, con agar, con fucus. Però, come fra poco dirò, si possono semplificare di gran lunga questi substrati e ottenere medesimamente utili risultati.

Fra questi terreni, noterò soltanto, che presi anche in considerazione quello del Cuboni e Pizzigari (che proposero la gelatina glucosata e acidificata aggiunta di solfato di magnesio) e potei lodarmi di questo substrato che in realtà è molto utile per la coltivazione dei saccaromiceti.

B. Brodi.

Il brodo di Löffler è assolutamente inadatto alla ricerca dei blastomiceti, nè se lo si acidifica diventa gran fatto migliore.

Io, mi sono invece servito, con ottimi risultati di un liquido acido fatto a base di un infuso di patate con Liebig e peptone secondo questa formula:

Infuso di patate	gr. 1000 (
Estratto di carne Liebig	2 0
Peptone	• 10
Glucosio	• 100
Acido tartarico	• 5-10

e posso assicurare che sinora in esso non ho mai osservato il mancato sviluppo di alcun saccaromiceto, qualunque fosse la sorgente sospetta da cui prendeva il materiale.

C. Gelatina, agar, fucus.

In quanto alla gelatina e all'agar, così come usansi in batteriologia, poco o niun vantaggio ne ricavai nella ricerca dei saccaromiceti, anche previa acidificazione. Invece molti ne ebbi, oltre che acidificandoli con acido tartarico al] 0,50·1°[o, gluo:sandoli al 10°/o, senza altra aggiunta di sali.

Soltanto col fucus, sensa l'addisione di acido o di glucosio, ebbi discreti risultati.

Fra questi terreni, però, quello che a mio vedere è preferibile, non è la gelatina, ma l'agar, dacchè esso possiede quasi tutti i vantaggi della gelatina sensa averne gli svantaggi. Coll' agar, infatti, si possono benissimo fare le semine su piastre e nel contempo i terreni innestati si possono collocare nella stufa sensa timore che si fiquefino, oltre di che, come già dissi, usando certe precausioni si riesce ad ottenere un substrato del pari trasparente.

Appunto per la sua praticità maggiore di fronte al fucus glucosato e acidificato, lo ho nell'uso ordinario preferito a questo, quantunque questo ultimo sia un eccellente substrato e forse anche migliore.

L'agar, glucosato, solidificato coll'agar e acidificato, lo preparo come segue:

Faccio prima un brodo composto di Acqua o meglio infuso di patate gr. 1000 Estratto di carne Liebig 20 Peptone 10

solidifico questo liquido con agar e poi lo divido in tante provette, in modo che ogni tubo ne contenga 6 cc. Quindi aggiungo 5-6 gocce di una soluzione di acido tartarico al 10 15° [o e di glucosio al 50° [o bene sterilizzata. Rimetto per maggiore precausione ancora una volta i tubi nella stufa e i terreni dopo ciò sono pronti.

Quando non si abbia pronto questo substrato, si può anche servirsi dell'agar comune aggiungendo le summentovate 5-6 gocce della soluzione acida glucosata al materiale culturale contenuto nelle provette: però è certamente meglio servirsi del substrato così come io l'ho indicato.

D. Siero di sangue, albume d'uovo, patate.

In quanto al siero di sangue e all'albume di uovo, utili in casi speci ili, glucosati e acidificati, non hanno quella praticità necessaria in simili ricerche; non insisto quindi sul loro uso.

Dirò soltanto, riguardo alle patate, che nella ricerca dei saccaromiceti non servono molto bene,

⁽¹⁾ Questo infuso lo preparo tagliuszando finamente delle patate prive della buccia e poi aggiungendole di acqua. Lascio stare così il materiale per 24 ore poi lo sterilizzo varie volte alla stufa a vapore. Indi lo filtro a traverso un filtro a larghe maglie (per es. carta da filtrare le sostanze gommose) e il filtrato torno a sterilizzare.

perchè non sempre su di esse si sviluppano di tali esseri innestandole con materiali sospetti (capaci cioè in agar succherato e acidificato di dare luogo a colonie di saccaromyces).

Oltre di che con le patate non si possono fare semine come si fa coll'agar sulle piastre, ecc.

Conchiudendo quindi, per la ricerca dei saccaromiceti da materiali sospetti, poco utili sono le soluzioni saline liquide o solide non succherate, come poco utili sono i comuni terreni che si usano in batteriologia, mentre i medesimi substrati vi si rendono adatti aggiungendo loro glucosio e acido tartarico, come è da tempo noto.

Fra i vari terreni poi così fatti, è da preferirsi, come terreno solido l'agar fatto con l'infuso di patate, il Liebig e il peptone, debitamente acidificato e succherato; come terreno liquido lo stesso substrato non solidificato (1).

LA BATTERIOLOGIA IN FRANCIA

Note di Batteriologia

Sei moscanismo dell'immunità dei sieri antitossici per le tessino non microbiche. Calmette e Delorme.—

Gli autori in base ad una serie d'esperienze concludono che l'immunità degli animali naturalmente refrattari per certi veleni (abrina, veleno dei serpenti), come pure l'immunità acquisita, non devono essere attribuiti alla presenza, nel siero degli animali di una sostanza chimica, capace di distruggere e modificare le tossine, ma che piuttosto, essendo la funzione antitossica indipendente dall'immunità, bisogna considerare le due specie d'immunità, naturele ed acquisita, come la risultante di una proprietà speciale delle cellule; queste in alcune condizioni subirono passivamente l'influenza delle tossine; in altre condizioni il loro stato funzionale si modifica e possono resistere alle intossicazioni e alle infezioni.

Ricerche sulle pasume-basille di Friediander. Grimbert. — L'autore è convinto, sulla guida delle sue ricerche, che i saggi qualitativi e la reazione del bacillo di Fredia en der, debbono essere moltiplicati, giacchè non presentano un carattere sufficiente di costanza.

Così la distinuione tra il coli-bacillo e lo pneumo-bacillo sarà facile, se si pensi: 1º che il bacillo di Friedläder non dà mai indolo nella soluzione di peptone e che esso fa fermentare la glicerina; 2º che il b. coli dà dell'indolo e non attacca la glicerina.

Nell'acqua si riscontrano dei bacilli che per i lore caratteri morfologici, e sopratutto per le lore proprietà biologiche possono essere assimilati a quello di Friedlander, e fra questi specialmente il *bacillus capsulatus* di Mori.

Lo pneumo-bacillo di Friedlander, si isola facilmente dall'acqua, specialmente col processo di Fèré.

Contribute alle studie dei tripaneseme dei mammiferi. Rouget.—Questo parasita, ematoscario, sppartenente al genere dei flagellati, è stato isolato dall'autore, dal sangue di un cavallo morto di dourine ed è stato inoculato nei topi, nei conigli e nei cani.

Nei conigli e nei cani l'inoculazione produce elevazione di temperatura, edema delle orecchie, piastre edematose alla superficie della cute, ulcerazioni, paresi e alle volte paraplegia completa; cachessia generale spiccatissima: congiuntivite muco-purulenta con presenza di parasiti nell'essudato, ulcerazione degli organi genitali esterni e dopo 2-8 mesi morte.

All'autopsia notasi ipertrofia delle ghiandole linfatiche, presenza di liquido nel peritoneo, congestione dalla milsa e del fegato, gli altri organi sembrano normali.

Il parasita si ritrova da per tutto, negli umori, nei visceri, nelle ghiandole e alla superficie della mucosa.

E molto probabile, sacondo l'autore, che questo parasita abbia un rapporto etiologico con la dourine, giacche molti sintomi di questa malattia sono identici a quelli osservati sperimentalmente dall'autore (Annales de l'Institut Pasteur, n. 12, 1896).

Mirto

MALATTIE DELLO APPARATO DIGERENTE 🕽

Sui meccanismo delle fermentazioni gassose nei succe gastrice. Manfred Blal. — Nelle fermentasioni gastriche vi ha un punto principale, al quale si è creduto di non dover più rivolgere l'attenzione, ma che risalta ad un'osservazione attenta e che consiste nella indipendenza dei fermenti dalle condizioni chimiche del succo gastrico. La fermentazione gassosa può aversi nei succhi gastrici di qualunque composizione chimica, quando vi sia insufficienza motrice. Lo sviluppo dei fermenti nei succhi gastrici, normalmente costituiti con riguardo al loro contenuto in modiche quantità di acido cloridrico libero, offre difficoltà ad una spiegasione, la quale si rende ancora maggiormente difficile, quando si pensi, che si può avere una fermentazione nei succhi gastrici con contenuto cloridrico fortemente aumentato.

L'autore afferma che Ferrannin-i, nella Clinica di Rummo, ha dilucidato questo problema con ricerche esatte.

Ora, l'autore ha voluto defiuire a quale sostanza potesse essere dovuta l'azione di menomare il potere antifermentativo di HOI nel contenuto gastrico.

⁽¹⁾ Riguardo al trapianto e allo sviluppo dei saccaromiceti in terreni non glucosati e non acidificati, non entra, perchè ciò non fa parte del soggetto di questa

sotto l'azione deleteria dell'acido cloridrico ed osservava dopo l'aggiunta dei singoli componenti del contenuto gastrico, se si osservasse o no la mancanza della forza di disinfezione.

Tutte le fermentazioni furono eseguite nei tubi di fermentazioni di Moritz-Ewald.

L'autor, osservò l'azione del sale di cucina e l'azione combinata dell' HCl e Na Cl sui fer-

L'effetto, che ha l'aggiunta di sali alle miscele in fermentazione, è stato da lungo tempo osservato (Liebig, Knapp, Dubrunfaut), ma poche ricerche esistono sull'azione del Na Cl. L'autore colmò questo vuoto e stabili l'influenza favorevole del NaCl sull'attività del lievito di birra, la quale però diminuisce nel caso che di NaCi s' impieghino grandi quantità.

In seguito l'autore indagò in maniera sistematica i rapporti tra la forza antisettica dell' HCl e l'azione del NaOl, cioè cercò di vedere fino a qual punto può essere alterata l'intensità fermentativa, abbassata dall'azione dell'HCI, con la aggiunta di NaOl. L'autore venne per i tre tipi

di HOl alle seguenti conclusioni:

per le soluzioni ipoacide di HCl (sino a 0,06° [o) si riesce con una serie di crescenti dosi di Na Oi ad eliminare l'asione antisettica dell' HOi, la quale ricompare quande si elevi ancora la dose di NaCi, e ad una dose più elevata il NaCi induce l'effetto contrario, cioè rinforza il valore antisettico dell' HCl sino ad aversi la soppres-

sione completa della fermentazione!

Nelle soluzioni normali-acide di HCi è possibile con una serie di piccole dosi di NaCl di annullare in maggiore o minor grado il valore antisettico dell' HCl; poi si ha pure una dose più elevata senza alcuna azione e dosi ancora più forti aumentano la forza disinfettante dell' HOl. Nelle soluzioni iperacide di HCI (0,24 o[e) non si riesce con nessuna delle dosi di NaCi impiegate ad annullare la funzione antisettica dell' HOi; la dose di NaCi, che è senza alcuna influenza, è molto bassa, e già leggiere quantità di NaCi rinforzano l'azione disinfettante dell' acido sino al completo annullamento della fermentazione.

Queste dedusioni sono indipendenti, per lo meno dentro i limiti ricercati dall'autore, dalle quantità di succhero e di lievito di birra.

L'autore fece ancora delle ricerche per vedere se esistessero rapporti tra le combinazioni dell' HCl ed il NaCl. Le combinazioni di HCl si hanno per lo più con gli albuminati e coi peptoni, e quindi studiò l'autore, se anche qui si avesse un'azione disinfettante. F. O. Cohn dice, che l' HCl unito al peptone non ha alcuna asione antisettica sulla fermentazione lattica, invece Strauss e Bialocour asseverano, che le combinazioni dell' HCl non menomano il potere antisttico dell' HOi sulla fermentazione lattica. Kuhn trovò, che l' HOi unito alla pepsina non è atto ad annullare in quantità relativamente minime, la fermentazione prodotta dal lievito di birra.

L'autore si è convinto in conclusione del fatto,

L'autore poneva nelle sue ricerche i fermenti che l'HCl in combinazione ha un'azione disinfettante più debole che quando esso è allo stato libro, confermando così quanto era stato dimostrato già da Ferrannini. Restava a vedere se anche in questo caso si avesse l'azione spiegata dal NaOl, ed infatti rilevò l'autore che coll'aggiunta di NaCl viene ad annullarsi la forza antisettica dell' HCi in combinazione.

> Quindi l'autore viene alla disamina del fatto, che i succhi gastrici, che contengono HCI, possono anche vivamente fermentare, quand' anche esistano in essi minime quantità di eccitatori

della fermentazione.

Dagli esperimenti dell'autore risulta, che il NaOl ora agevola ora impedisce la fermentazione e che in presenza di questo sale si ha uno sviluppo di fermentazione maggiore, che quando esso manchi.

Secondo i lavori di Pasteur, quest'aumento della fermentazione deve dipendere dall' aumentata attività vitale dei fermenti, che sotto l'asione di questo sale si moltiplicano più celeremente, sia per l'arrivo di una nutrizione più abbondante, sia per il fornimento di sostanze più appropriate, sia ancora per una spinta più energica data ai processi vitali.

L'autore si convinse, che l'azione del sale consista in uno stimolo sui fermenti viventi (Arch. f. experim. Path. u. Pharmakol., B1. 88 Heft. 1 u. 2, 1896). Scaglio**si**

Suila iperieucocitosi digestiva.—Accoii crede necessario, parlando sul comportamento dei globuli bianchi nel sangue circolante, oltre alle modificazioni di nomenclatura apportata dagli studi recenti, introdurre parecchi nuovi termini; e ciò lo crede indispensabile per la retta interpetrazione del suo lavoro.

L'autore intende per leucocitosi il contenuto nel sangue di globuli bianchi qualunque sia lo stato leucocitotico.

Con la denominazione orto-leucocitosi, ipoleucocitosi, iperleucocitosi, designa gli studi del sangue, in cui, con i mezzi di analisi in uso, viene contato, nel sangue circolante alla periferia, un numero di ordinari leucociti rispettivamente normale, superiore o inferiore al normale.

L'iperleucocitosi è adunque l'aumento, più o meno temporaneo, degli ordinari globuli bianchi

nel sangue circolante alla periferia.

L'autore non tratta nel suo lavoro delle iperleucocitosi in genere, ma si limita a quella soltanto che viene provocata dai fenomeni digestivi e ciò tanto dal punto di vista genetico, quanto sotto lo aspetto clinico.

Per la genesi egli conchiude: il fenomeno della digestione e dell'assorbimento del cibo è assai complesso.

I fattori ch'entrano a costituirlo hanno la possibilità di alterare, tutti, la leucocitosi del sangue.

L'iperleucocitosi digestiva esiste nell'uomo nei carnivori e negli erbivori, quando interceda un discreto intervallo tra un pasto e l'altro.

L'aumento medio si può calcolare a circa 88° L

nell'uomo, 75° lo nel cane.

Non si verifica l'aumento in tutti gli individui sani, nè in uno stesso individuo dopo egni pas to. Manca talora nei sani, più spesso nelle gravi anemie o in profonde alterazioni degli organi gastro-intestinali.

L'iperleucocitosi digestiva è in rapporto con la quantità del cibo introdotto nello stomaco, ma anche, e più, con la digestione e lo assorbimento delle sostanze ingerite, specie albumi-

I leucociti subiscono oscillazioni varie, o nulle nella prima ora dopo il pasto; dopo un'ora comincia l'aumento, che raggiunge il massimo grado tra la tersa e quarta ora, e decade, per lo più lentamente.

Nell'aumento dei leucociti si trova un pò più alto il rapporto dei poli- nucleari, e proporzionatamente più basso quello dai mono-nucleari e

degli cosinofili.

Le variazioni circa la proporzione delle forme si devono riferire alle cifre del digiuno per constatarle: sono assai piccole e rientrano nei limiti fisiologici.

L'iperleucocitosi dipende da un aumento reale, positivo, del numero dei leucociti del sangue.

L'autore distingue due periodi per ispiegare il meccanismo genetico dell' iperleucocitosi dige-

Nel primo, che segue immediatamente al pasto, dominano l'eccitamento della circolazione generale, e la congestione addominale; nel 2º che dura 8-5 ore, tengono il primato l'assorbimento delle sostanze ingerite, e l'attività degli organi emopoietici, sui quali domina la chemiotassi.

L'iperleucocitosi è forse una funsione dell' assi-

milasione.

In ordine poi all'importanza clinica, l'autore fa rilevare: che la conoscenza della leucocitosi digestiva non è senza utilità per il medico, potendogli da una parte evitare errori di apprezzamento, e dali'altra conferire argomenti per vincere difficoltà diagnostiche: e ne conclude; che

per stabilire la lencocitosi propria di un soggetto, si deve prendere il sangue fuori delle in-

fluenze della digestione.

Quando ciò sia impossibile, si deve distinguere l'iperleucocitosi digestiva dalle altre dal rapporto fisiologico delle varie forme di leucociti; è dubbio se questa esista nella gravidanza.

Può essere deficiente nei diabetici, malgrado il

vitto abbondante.

Si presenta di rado nel cancro dello stomaço, e forse anche in quello di altri organi, giunto a un certo grado di aviluppo. La presenza della leucocitosi digestiva può avere un valore solo relativo contro la diagnosi di cancro dello sto-

La sua mancanza non ha per sè alcun significato diagnostico (Il Policlinica, vol. III, M. 1896).

Vajana

PRATICA OFTALMOIATRICA

Cura dalla biefarite ciliare. Bilad. — Si designa col nome di blefarite ciliare l'infiammazione del margine libero delle palpebre, caratterizzata dal rossore dei margini e degli angoli palpebrali, da sensasioni di bruciore e prurito, con formazione, alla base delle ciglia, di escoriazioni, che non tardono a ricoprirsi di croste.

Se esiste una pellicola molle che involge i peli, si tratta di una blefarite pitiriasica; se tutto lo spessore del margine palpebrale è tumefatto, la blefarite è ghiandolare, i follicoli piliferi sono in-

fiammati.

Nei due casi i sintomi sono quasi gli stessi più accentuati quando le ghiandole palpebrali sudorifere o sebacee sono interessate. Il prurito è molto molesto, la fotofobia non tarda a comparire, il lavore riesce difficilissimo. Le ciglia alterate nella loro nutrizione diventano friabili, si rompono e cadono; nei casi antichi, che non sono stati bene curati, il margine libero delle palpebre, completamente sprovvisto di peli, si congestiona, aumenta di volume e finisce per subire un rovesciamento più o meno completo. I punti lacrimali non essendo più in contatto con il bulbo, le lacrime non poesono incanalarsi per le loro vie naturali, l'occhio si dissecca, e la cornea non essendo più protetta dalla palpebra contro l'azione ir · ritante del pulviscolo atmosferico, diventa sedo di una ulcerazione più o meno estesa.

Le complicazioni gravi sono rare a prodursi. Questa blafarite è molto tenace a guarire; il successo dipende specialmente dalla perseveranza nell'uso dei messi destinati a combatteria, che

sono numerosi.

Prima di enumerarli, è necessario di ricordare, che la blefarite ciliare cronica si riscontra spesso nei soggetti linfatici, deboli; in queste condizioni la cura generale s'impone.

Quando si ha in cura una blefarite pitiriasica, bisognerà comportarsi, come se si trattasse di

un eczema,

Si faranno frequenti lozioni locali, per sbarazzare le ciglia dalle pellicole e dalle croste aderenti. Se questo mezzo non è sufficiente, si impiegherà una soluzione alcalina, che riesce quasi sempre, seconda la formula:

gr. 800 Acqua distillata Sotto-carbonato di soda

Questa soluzione è qualche volta irritante. Bisognerà, quando l'infermo ne avrà fatto molto uso, allungaria, o sopprimeria del tutto, specie se l'irritazione sarà troppo viva.

Sotto le squame dermiche distaccate, si rinvengono sempre delle ulcerazioni, che sarà necessario causticare con un pastello di nitrato d'argento, o con una soluzione 1740 di questo sale.

Il pastello di nitrato d'argento, per questo uso, è composto di una miscela di nitrato d'argento e di nitrato di potassa ed ha il vantaggio di essere meno irritante.

Le causticazioni devono farsi metodicamente. Quando si tratta della palpebra superiore, si farà tenere l'occhio fermo; poi, dopo avere leggermente bagnato l'orlo palpebrale con un pennello, o con un po' di ovatta asettica, si passerà il pastello alla base dei peli, si neutralizzerà in seguito l'eccesso di nitrato d'argento con una soluzione di cloruro sodico.

Per la palpebra inferiore, bisognerà prendere le stesse precauzioni, per evitare che la congiuntiva venga toccata dal caustico.

Qualche settimana di questa cura sarà sufficiente per ottenere una completa guarigione.

Nella blefarite ghiandolare, che si accompagna spesso a suppurazione, bisogna in principio fare la depilazione.

Questa bisogna praticarla in diverse sedute, per evitare una irritazione troppo intensa.

In questa forma di blefarite, le croste sono sparse e si riproducono facilmente; per farle scomparire si useranno le lozioni alcaline, o meglio ancora i cataplasmi di fecola caldi, che si terranno tutta la notte applicati sulle palpebre.

Per prevenire la formazione di croste, Meyer consiglia di covrire, la sera, l'orlo palpebrale con uno strato della seguente pomata:

Precipitato bianco cgr. 8
Sotto-acetato di piombo 10
Olio di mandorle dolce 50
Vaselina gr. 5

Se le croste sono numerose, e se gli orii delle palpebre hanno subito un inspessimento considerevole, Meyer raccomanda l'applicazione di cataplasmi sulle palpebre, precedentemente spalmate di uno strato della seguente pomata:

Empiastro di piombo (Olio di lino ana gr. 10
Balsamo del Perù cgr. 50

Le pomate all'ossido rosso o giallo di mercurio, sono di uso comune, ma i buoni effetti, che si possono ricavare, sono rari. Inoltre, i soggetti che ne hanno fatto uso per molte settimane, non possono più sopportarle, riuscendo troppo irritanti.

Ad ogni modo, si otterranno dei buoni risultati, con queste pomate, se verranno applicate in strati sottili, o mischiate con piccola quantità di acetato di piombo cristallizzato, secondo la seguente formula:

Precipitato rosso cgr. 10
Acetato di piombo crist. 8
Vaselina gr. 10,00

Se le ulcerazioni sono profonde, basteranno le causticazioni al nitrato d'argento, con le stesse precauzioni suggerite sopra.

Il sublimato, a dose concentrata, è stato consigliato da molto tempo. Si deve a Despagnet l'averlo rimesso in onore. I lavacri con una solusione all' 1/1000 non hanno che un'azione insufficiente. Si suele associare il sublimato alla glicerina, facendo due soluzioni, una all' 1/100, per la bagnatura giornaliera alla base delle ciglia, l'altra all' 1/80 e anche all' 1/25, da usarsi ogni due giorni dal medico stesso.

Questa ultima soluzione non bisognera lasciarla nelle mani dell'ammalato, essendo di un uso molto delicato, potendo riuscire dannosissima nelle mani dei profani (*Journal des praticiens*, n. 52, 1896).

Pollaci

NOTE DI NEUROPATOLOGIA

Sulla partecipazione dei nerve faeciale superiere neil'emiplegia. Pugilese e Milia dinnanzi alla incertezza riguardante la partecipazione dei muscoli superiori della faccia alla paralisi, nelle emiplegie dipendenti da focolai distruttivi corticali e capsulari, hanno instituito una serie di ricerche cliniche su 25 emiplegici, per potere così meglio assodare l'esistenza di tale sintoma.

Dalle storie cliniche riferite dagli autori, risulta che il territorio superiore del facciale non resta immune nell'emiplegia, ma d'ordinario viene colpito in grado maggiore o minore a seconda della sede e dell'ampiezza della lesione cerebrale e di certe disposizioni individuali. Dei tre muscoli innervati dal ramo superiore del facciale, gli autori hanno preso in considerazione, negli emiplegici, soltanto il frontale e l'orbicolare delle palpebre, non essendo agevole l'esame della motilità volontaria del muscolo corrugatore del sopraccigiio, in individui nei quali per lo più le facoltà mentali erano scadute.

La lesione del muscolo frontale dal lato emiplegico, si desume, secondo gli autori, dal grado diverso di rugosità delle due metà della fronte, e dalla differenza di altezza tra i due sopraocigli durante il riposo, e per la contrazione dei muscoli frontali. Diversamente si comportano la metà della fronte e il sopracciglio della parte paralizzata, se si esaminano durante il riposo, a seconda che il muscolo frontale corrispondente è o non è contratto. Se questo si trova in istato di contrattura, la metá rispettiva della fronte è più rugosa e il sopracciglio corrispondente, alquanto più elevato: viceversa, se il muscolo frontale è rilasciato. Se, d'altra parte, s'invita l'infermo a corrugare la fronte, si nota che il sopracciglio dalla parte paralitica, d'ordinario non viene innalzato quanto l'altro sopracciglio, e la metà corrispondente della fronte viene meno corrugata.

Biguardo al muscolo orbicolare, secondo gli autori, negli emiplegici, neanch'esso resta immune dalla lesione. Difatti, non di rado si osserva che in alcuni infermi la rima palpebrale dell'occhio della parte paralizzata è più ampia, in altri più stretta di quella dall'altro occhio: inoltre, durante la chiusura sinergica volontaria e riflessa dei due occhi, il muscolo orbicolare della parte paraliszata si mostra fiacco e tardo a contrarsi. Si deve poi notare ancora, che fra i 25 emiplegici osservati dagli autori, la chiusura isolata dell'occhio (sintoma di Bèvillod) della parte paralizzata è assolutamente impossibile in 22 casi (che corrisponderebbe quindi a una percentuale di 86º[o], in 2 casi è possibile ed in 1 è incerta. L'orbicolare, per ciò, considerato quale muscolo a funzione sinergica con l'omonimo dell'altro lato, è paretico negli emiplegici; considerato, invece, quale muscolo dissociatore di detto sinergico movimento, è quasi sempre del tutto paralizzato, come in genere i muscoli che funzionano asinergicamente.

Gli autori, dopo avere così dimostrato che la paresi dei muscoli innervati dal facciale superiore non manca quasi mai nell'emiplegia, passano alla determinazione dell'esistenza di un centro corticale, speciale per questi muscoli. In base od esperienze di fisiologia comparate, di Hitzig, Ferrier, Luciani e Tamburini, etc., ad esperienze sull'uomo di Bartholow, e Sciamanna, Lloyd e Deover, Keen, ecc., gli autori sono indotti a ritenere che il centro volitivo del muscolo orbicolare delle palpebre, abbia sede nel terso inferiore delle circonvolusioni centrali, al disopra dei centri della lingua e della bocca, probabilmente innanzi al solco di Rolando, vicino al piede della seconda frontale. E siccome nei casi di emiplegia persiste la chiusura sinergica dei due occhi, ed oltre l'impossi. bilità a contrarsi da solo, nel muscolo orbicolare della parte paralitica, altro non si osserva se non un lieve grado di paresi (come del resto si verifica in tutti gli altri muscoli di questo lato a funzione sinergica, ad esempio, i masticatori ed i respiratori) è necessario ammettere che il centro volitivo di questo muscolo, abbia anch'esso influenza bilaterale e le fibre da esso derivate si decussino parzialmente. Il lieve grado di paresi, poi, che incoglie questo muscolo nelle comuni emiplegie, sta ad indicare che le fibre incrociate sono più numerose delle fibre dirette.

Riguardo al centro corticale pel muscolo frontale, da osservazioni di Sciamanna e di Marfan, si desume che esso non deve essere posto molto lontano dal centro dell'orbicolare; anzi probabilmente, secondo gli autori, sarà tutt'uno con questo e col centro del muscolo corrugatore del sopracciglio, costituendo così, nella sona eccitabile corticale il centro volitivo dei muscoli superiori della faccia.

Questo centre, che in via ordinaria ha funzione bilaterale, in qualche raro caso presiede esclusivamente alla motilità volontaria dei muscoli facciali del lato opposto.

Ciò, secondo gli autori, deve provenire da che la decussasione delle fibre nervose derivate da esso, non è parsiale, come ordinariamente avviene, ma totale.

Biguardo poi alla via che tengono le fibre nervose, derivate da questo centro del facciale superiore, per portarsi al rispettivo nucleo spinale, gli autori, considerando che nel maggior numero dei casi l'emiplegia è di origne capsulare e che la paresi dei muscoli superiori della faccia assai di raro manca nell'emiplegia, credono che queste fibre insieme a tutte le altre del fascio eccito-motore passino appunto per la capsula interna; e più particolarmente, le fibre del facciale superiore dovrebbero trovarsi accanto alle fibre del facciale inferiore, tra queste e quelle dell'ipoglosso, nella porzione anteriore del ginocchio della capsula, come si può dedurre dalle osservazioni cliniche di Huguenin e di Chvostek. La disposizione topografica dei singoli fascetti, componenti la parte motrice della capsula, spiega come in taluni casi rari di emiplegia capsulare sia intensa la lesione motoria degli arti, mentre restano del tutto illesi, o quasi, i muscoli superiori della faccia e quelli della lingua.

Invece nelle emiplegie corticali da chiusura dell'arteria di Silvio, i muscoli superiori della faccia, stando la speciale ede del loro rispettivo centro volitivo, di necessità dovono rimanere lese
(Rivista sperim. di freniatria e med. legale, Fasc. IV,
1896).

Mirto

PRATICA MEDICA

La prognosi della tisi pelmonare

Quantunque si conosca molto nettamente, la natura bacillare della tubercolosi, e non si possegga una vera terapia generale delle manifestazioni tubercolari, pur tuttavia ormai non si considera più la tisi polmonare come una malettia incurabile. Il conostto della incurabilità della tube reolosi polmonare basato sulla considerazione, che il tubercolo non è che un neoplasma infottivo, di cui non conoscendosi un rimedio specifico non se ne può accertare la evoluzione, è andato sempre più modificandosi dopo che i dati anatomici hanno mostrato la tendenza notevole del tubercolo giovane verso la guarigione.

Malgrado ciò, il prognostico della tisi rimane sempre grave e bisogna essere oculati nel pronunsiarlo.

È indubitato, ansitutto, che la malattia possa subire delle tregue. Le tregue sono più frequenti e più lunghe nei primi stadi del morbo, ma non è raro il caso, come lo dimostra la esperiensa clinica, che esse possano verificarsi in un tisico nella fase cavernosa e consuntiva.

Certamente non si dirà aliora che l'infermo è guarito, giacchè l'ascolt sione rileva nettamente i segni della tubercolosi, ma la tregua può dura e lungo tempo ed alle volte anche anni.

Spesso alle autopsie, si trovano agli apici del polmone, dei tubercoli guariti, fibrosi, cretacei, che non erano stati sospettati durante vita. Il meccanismo di guarigione avviene in questi casi per un processo di sclerosi, il quale viene a delimitara la periferia del focolaio tubercolare in modo che la malattia resta localizzata e può essere defiuitivamente arrestata nella sua evoluzione.

Disgraziatamente queste tubercolosi latenti, riconosciute all' autopsia, non costituiscono che una rara eccesione, ed una volta che l'infesiono bacillare, si è dichiarata con dei segni clinici, difficilmente essa può sfuggire in seguito alle indagini fisiche.

Molti oredono oggigiorno, che anche quando la tici dia arrivata a questo stadio possa guarire definitivamente, ma per guarigione della malattia bisogna intendere che le lesioni turbercolari, livenate fibrose, non hanno più la tendenza a propagarsi e si possono considerare spente dal punto di visto clinico.

In molti casi si sono potnti trovare ancora dei bacilli virulenti in corrispondenza dei tuberccli fibro-calcarei e delle caverne cicatrizzate, e per ciò, se è vero che gli ammalati possono per 10, 15, 20 anni, godere d'una buona salute, essi portano sempre il germe patogeno il quale può determinare nuovamente la malattia in seguito alle stesse cause che hanno favorito la prima infesione.

I miglioramenti o le guarigioni della tisi polmonare possono essere aiutati da una cura energica, rispondente sopratutto alle leggi della igiene. Ma sfortunatamente questi casi che volgono a guarigione, sono per sè stessi benigni, e per ciò occorre sempre ricercare le condizioni che influiscono sulle gravezza della malactia in modo da combatterla fin dallo inizio della sua manifestazione.

Bisogna sopratutto insistere sulle differenze che presenta la tisi, nel suo decorso, secondo il terreno che riceve il germe, secondo la virulenza più o meno grande del bacillo, secondo le influenze del mezzo cosmico e sociale, ed infine secondo le cure opportune che si sono iniziate. D'altra parte lo studio dei sintomi, rileverà altri fattori di gravezza o di benignità della malattia.

La febbre ha un valore prognostico considerevole, e fra le tubercolosi polmonari apirettiche
e febbrili, esistono delle forme intermediarie assai numerose. In alcuni casi, per esempio nella
tisi fibrosa, la febbre si vede apparire a crisi
che durano qualche giorno e sono seguite da
lunghi periodi di apiressia. Queste forme sono
meno gravi della tisi sempre febbrile, che si svolge senza tregua ed uccide spesso l'ammalato in
meno di un anno, ma sono meno benigne della
tisi completamente apirettica che è sempre suscettibili di miglioramento e di guarigione.

Le emottisi sono più gravi allorquando sono accompagnate da febbre o questa segue alla loro comparsa, e d'altrà parte la ripetizione di esse non lascia sperare un arresto od il miglioramento delle lesioni polmonari.

Un'eccitabilità neuro-vascolare e l'eretismo, che si osserva in alcuni ammalati, è sempre di un cattivo augurio anche perchè rende più difficile la cura intrapresa.

Le lesioni del faringe e del laringe, quando sono molto estese, annunsiano una fine prossima.

Gli accidenti gastro-intestinali sono tanto più gravi per quanto essi sono precoci e persistenti.

Allorquardo dipendono da ulcerasioni intestinali la malattia può ritenersi incurabile.

In generale, il pronostico della tisi deve esser fatto secondo il grado e l'estensione delle lesioni polmonari, secondo i sintomi generali che non sono sempre in rapporto con le alterasioni del polmone, secondo i segni delle lesioni degli altri organi, ed in ultimo non bisogna trascurare di riconoscere negli sputi la presenza o l'assenza completa e permanente dei bacilli di Koch (L'indèpendance mèdicale, n. 58, 1696).

Bentivegna

PRATICA DELLA PEDIATRIA

Gli ascessi epatici nei bambini. Finizio. — Gli scrittori di maiattie di fegato e quelli che si sono occupati delle malattie dei paesi tropicali, ove l'epatite suppurata è endemica, hanno concluso per la rarità dell'ascesso epatico nella tenera età.

Annes ley fu il primo che notò il fatto, anzi ammise che la predisposizione comincia con la pubertà.

Dölliger, Bertrand, Fonteu e Rouis dicono lo stesso.

S i m o n ritiene l'ascesso epatico estremamente raro presso i giovani, quasi sconosciuto presso i ragazzi, non si osserva mai presso i neonati.

I cultori di pediatria, Billet e Barther, e in una edizione più recente Billet e Sannè, West, Comby, Cadet de Gassicourt, Olliver, non fanno alcun cenno dell'epatite suppurata.

Bouchut riporta un sol caso di ascesso epatico; Henoch altri due casi.

Birch Hirchfeld, dopo accurata ricerca in tutta la letteratura medica, ne raccolse otto casi, dei quali uno di osservazione propria.

As h by e Wright osservarone un case di ascesso epatico consecutivo ad un'ulcera del cieco causata da uno spillo deglutito e soffermatosi colà, e ne citano un altro di Hulton, in cui lo ascesso era consecutivo a suppurazione di glandule retro-peritoneali.

A questi due se ne aggiungono: uno di Russo, un altro di Rusche, e 2 di Legrand.

In questi ultimi casi l'ascesso era consecutivo alla dissenteria.

Fede infine, su 12,000 bambini ricoverati alla clinica padiatrica, ed in quelli osservati all' ambulatorio annesso, non ha riscontrato alcun ascesso di fegato.

L'autore domanda: perchè è raro l'ascesso epatico nei bambini ?

Gli autori su tale argomento tacciono, e per tentare una risposta essi esaminano tutte le cause produttrici dell'ascesso, e quali di esse può meglio ascrivere nei bambini.

Vi sono cause rare di epatite suppurata, che diventano più rare nei bambini, e sono: la gangrena pulmonare, l'endocardite ulcerosa, i processi suppurativi peri-uterini, la suppurazione delle glandole retro peritoneali, la calcolosi epatica i traumi sul capo e quelli del fegato.

Invece quelle più da vicino e più fre quenti nei bambini, sono: la flebite ombelicale, la migrazione di ascaridi nel fegato, le ulcerazioni int-stinali.

La flebite ombelicale, se pria dell'antisepsi poteva essere presa in seria considerazione, oggi è da scartarsi, perchè mediante gli antisettici è diventata abbastanza rara.

Gli ascaridi sono ospiti non rari dell'intestino nei bambini, e parrebbe che l'ascesso epatico, consecutivo alla loro migrazione nel fegato, dovesse essere frequente: tuttavia è rarissimo. Il Davaine dice di conoscerne sei casi soltanto, e di questi 2 solamente si appartengono a bambini.

Ciò si spiega, se si considera che la migrazione degli ascaridi viene favorita in quei casi in cui le vie biliari, e specie l'ampolla di W at e r, sono più dilatate del normale, condizione che si avvera con la migrazione di calcoli; cosa più frequente negli adulti che nell'infansia.

Viola, recentemente, ha riferito un caso di ascesso epatico in una donna a 88 anni, ove la ampolla di Water era tanto ampia, che la sola

calcolosi poteva fargliela spiegare.

Gli ascaridi non provocano essi l'ascesso, ma agiscono da batteriferi soltanto, quando trasportano microrganismi aderenti alla loro auperficie esterna o nel loro tubo intestinale che poi espellono.

Non avverandosi queste condisioni, si comprende come essi possono migrare a traverso il parenchima epatico, arrivare fin sotto la capsula e quivi silensiosamente incistarsi, come recentemente ha dimostrato il Marchiafava.

Le ulcerasioni intestinali, che sono tanto frequenti nei tisici, non danno ascessi epatici e in

ciò ne conviene il Triefelder.

A spiegare tal fatto, si è invocata l'occlusione vascolare, che accompagna il processo ulcerativo specifico.

Lannelongue ha richiamato l'attenzione su l'ascesso tubercolare epatico, ma esso è un ascesso freddo, differente di quello in esame.

Griesinger noto, per le ulcerazioni tifose, raro il caso dell'ascesso metastatico consecutivo al tifo addominale.

Romberg ne ha raccolto 19 casi e non in tutti, l'ascesso era consecutivo a lesioni intestinali.

La dissenteria è il momento etiologico più interessante.

Però bisogna distinguere la dissenteria dei paesi caldi da quella dei nostri climi.

Nei climi freddi l'ascesso epatico è rarissimo. Baly, citato dall'E wald, dice di avere osservato più centinaia di dissenterici e mai ne segui ascesso epatico.

Mentre nei paesi tropicali si osserva un rapporto più costante tra la dissenteria e l'epatite

paralents.

Da ciò l'autore ne deduce due ipotesi.

La 1a, che l'epatite purulenta è provocata da un elemento specifico che attacca contemporaneamente l'intestino ed il fegato.

La 2ª, che l'ascesso epatico è provocato dai comuni piogeni intestinali, i quali pervenuti nel fegato, vi riescono patogeni solo quando, per condizioni anteriori, che ne hanno diminnito la resistenza, l'organo è divenuto un ottimo terreno di cultura.

Sono causa di diminuita resistenza epatica, l'alcool e le sostauze aromatiche, quindi il fegato
del bambino è più resistente alla azione dei microrganismi perchè, d'ordinario, nella prima età
mancano quelle cause (alcoolismo, sostanze aromatiche ecc.), che dominano la resistenza dei
suoi elementi.

L'autore riferisce il caso di un bambino di 6 anni, ricoverato all'ospedale degl'incurabili.

Venne fatta diagnosi di: processo dissenterico, Ascesso epatico, diagnosi che poi venne confermata sul tavolo anatomico da Armanni (La Pediatria, n. 11, 1896).

Vajana

SPOGLIO DEI PERIODICI ITALIANI

« Lo sperimentale » Fasc: IV, 1896.

1. Della stomatite aftosa. Le vi con molti particolari parla della stomatite aftosa riguardata dal punto di vista etiologico e patogenetico, e dai punti di vista dell'anatomia patologica, dei sintomi, della diagnosi, della prognosi e della cura.

11. La leucocitosi nella infezione difterica con speciale riguardo alla sieroterapia. Fit è, con uno studio accurato su questo argomento è venuto alle seguenti conclusioni:

l'infessione differica è sempre associata a leucocitosi.

la leucocitosi è tanto più forte, quanto più gravi sono le condisioni del pasiente;

nei croups difterici, la leucocitosi fu costantemente maggiore, che nelle angine difteriche;

nei casi favorevoli, la leucocitosi, raggiunto il massimo del suo ciclo, che corrisponde all'acme dell'infe« sione, b n presto comincia ad essere meno spiccata, per sparire completamente durante la convalescensa

n ei casi sfavorevoli, la leucocitosi continua fino alla morte:

quasi sempre, il grado di leucocitosi è in rapporto con l'estensione della membrana;

la leucocitosi non è in rapporto, ne con l'età del bambino, ne con l'elevasione della temperatura;

nelle forme in cui il bacillo difterico era associato ai comuni cocchi piogeni, non fu notata alcuna infiuenza di queste associazioni sulla leucocitosi;

quando invece, alla difterite si associa la pneumonite, la leucocitosi diventa più spiccata;

non esiste nella difterite, parallelismo fra la curva del numero dei leucociti e quella dell'evolusione delle loro forme, ossia in questa infezione non vi ha coincidenza fra il numero e la forma degli elementi bianchi.

in generale, quanto più grave è la malattia, tanto più grande è l'aumento dei leucociti polinucleati;

durante la convalescenza si nota quasi sempre nel sangue un aumento di leucociti mononucleati;

non tutti i leucociti che si contano in circoli, sono vivi ed attivi, poichè dalle preparazieni secche appare che, sebbene conservati di forma, pure molti di essi non assumono il colore, oppure lo assumono scarsamente, e ciò indica la loro morte o lo stato di sofferenza; nella leucocitosi dell'infesione difterica, sono quasi mancanti le cellule eosinofile;

non si sono trovati notevoli modificazioni dei corpuscoli rossi all'infuori della comparsa di eritrociti nucleati nella convalescenza di alcuni bambini;

le iniezioni di antitossina determinano ipoleucocitosi dopo circa mezz'ora; ne succede dopo 5.6 ore l'iperleucoci:osi;

nei casi gravi, alla iniesi me dell'antitossina, dopo poche ore, tien dietro iperleucocitosi, e poi alti e bassi, senza che si scenda mai alla norma, se non sopravviene un'altra iniezione di siero;

invece, nei casi sfavorevoli, raggiunta l'iperleucocitosi, si ha una grande incostanza nel numero cei leucociti che non è influenzata da successive iniezioni, e la leucocitosi si mantiene alta fino alla morte;

nella leucocitosi difterica, si ha un gran consumo di leucociti, che non è un fatto indifferente per la produsione dell'immunità;

nelle forme anginose e crupali non difteriche vi è, come in queste, un maggior grado di leucocitosi nel croup che nelle angine;

nelle forme laringee non difteriche le iniezioni di siero producono iperleucocitosi, ma non grande, sensa evidente periodo di iperleucocitosi e nei casi favorevoli si ha il ritorno alla norma in circa 24 ore;

è notevole il fatto, che, nei casi favorevoli l'iperleucocitosi successiva alle iniezioni di antitossina difterica, non è molto grande, e che decresce gradatamente fino alla morte, si da raggiungere talora gradi minimi;

le angine non difteriche, sono contrassegnate o da mancante leucocitosi, oppure da bassa leucocitosi, ma spessissimo da ipoleucocitosi; ciò s'intende prima delle iniezioni di siero. Questo fatto le può far distinguere, assai per tempo, dalle forme vere di angina difterica;

nei bambini sani, iniettati a scopo preventivo, si ha leggiera iperleucocitosi poco dopo l'iniezione, con ritorno alla norma circa 24 ore dopo;

nell'infesione difterica, la forte leucocitosi, indica la reasione dell'organismo contro la grande virulenza dell'infesione; ma la leucocitosi non ha importanza di sorta nello stabilire la prognosi del caso.

III. Ricerche batteriologiche in alcuni casi di bronchite acuta. De ssy, in questo lavoro batteriologico eseguito su 5 ammalati affetti da bronchite acuta, afferma di avere isolato dei coochi che rassomigliano per alcuni caratteri al diplococco, per altri allo streptococco.

Gli mancano però argomenti precisi per decidere con sicurezza a quale tra le due famiglie appartengano, benche propenda ad annoverarli fra gli streptococchi.

Orede, che il germe da lui isolato, abbia molti dei

caratteri attribuiti dai vari autori agli streptococchi delle mucose, che vivono normalmente nella nostra bocca, nella vagina ecc., e che sono poco o punto patogeni, e che questi cocchi, acquistata in un modo qualunque in quei 5 casi quella virulenza che loro mancava, l'abbiano poi esplicata sulla mucosa bronchiale determinandone la flogosi.

IV. Sulla distribusione del tessuto elastico in variorgani del corpo umano. Li vi ni in questa prima no ta riferisce uno studio riguardante la distribusione del tessuto elastico su alcuni tratti della prima porsione del tubo digerente cioè: labbra, mucosa ora le (guance), faringe, esofago, sensa venire ad alcuna considerazione generale, riserbandosi di far ciò quando numerosi saranno gli organi cha avrà attentamente studiati, e quindi gli sarà possibile stabilire dei raffronti.

V. Sulla pretesa tossicità degli enzimi. Fer mi dice che gli enzimi che iniettava a forti dosi nelle vene, erano mescolati ad altre sostanze e non erano sterili.

Le ricerche istituite colla pepsina, tripsina, ptialina, diastasi od emulsina sterilizzate a 180°C. e sempre attive, gli diedero risultati negativi; gli animali sopportarono dosi molto forti (1-2 gr. al giorne) per una setti mana.

Al contrario, gli animali di controllo, iniettati con gli stessi ensimi non sterilissati (ciò vale sopra tutto per i preparati di tripsina, ricchissimi in microrganismi) morirono d'infesione dopo pochi giorni.

VI. A proposito dei casi di psittacosi. Palami de se si, con questo lavoro risponde alle obbiesioni fatte da Malenchini.

VII. Poche parole di risposta al Palamidessi sull'argomento della psittagosi.

Vajana

NOTIZIE

Un commercie medice

Gli impiegati della *Morgue* di New-York hanno trovato il mezzo di procurarsi una rendita annna di 50,000 dollari vendendo ai medici i cadaveri non reclamati.

L'affare era organizzato su larga scala: alla camera mortuaria erano messi dei magazzini di imballaggio, e i cadaveri venivano così spediti in tutti i punti degli Stati Uniti.

Tutto è commercio all'epoca nostra. Anticamente gli sfortunati anatomisti erano obbligati ad andare girando la notte nei cimiteri per disotterrare i corpi; oggi invece si spediscono i cadaveri a grande velocità o franco di porto. È il progresso!

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Biforma Medica

Sommario. — 1. Riviste sintetiche originali. I recenti studii sulla struttura della corteccia cerebrale. —2. Lavori originali. Clinica medica generale della R. Università di Torino, diretta dal prof. C. Bossolo. — Sul dosamento del fosforo organico nelle orine. Nota dei dottori F. Micheli e C. Serono. — 8. Società scientifiche. —4. Malattico osteo-articolari, —5. Note terapiche. —6. Rarità cliniche. —7. Spoglio dei periodici.

RIVISTE SINTETICHE ORIGINALI

I recenti studii sulla struttura della corteccia cerebrale.

La struttura della corteccia cerebrale è stata oggetto di una serie di osservazioni, le quali, difettose nei tempi più remoti, per i messi di tecnica incompleti adoperati dagli antichi ricercatori, subirono una trasformazione radicale, grazie agli studi del prof. Ca millo Golgi, il quale con la scoperta di un nuovo e prezioso metodo di indagine, pose la fine anatomia del sistema nervoso sull'indirisso dell'osservazione esatta e diradò le tenebre fitte che si addensavano sulla costitusione e sul probabile modo di funzionamento degli elementi del sistema nervoso.

Prima della comparsa delle ricerche dei Golgi, ecco quello che si conosceva sulla struttura della corteccia cerebrale per opera di Gerlach, Wagner, Schütze, Stieda, Exner, Meynert, Edinger, Bets ed altri:

1º l'esistenza, nella sostanza grigia corticale, di cellule piramidali provvedute di un prolungamento protoplasmatico ramificato, rivolto verso la superficie della corteccia e di un cilindrasse discendente, che si credeva non ramificato. La presenza del prolungamento nervoso era stata determinata solo per le grandi cellule piramidali, specialmente per opera del Deiters.

Per spiegare le connessioni intercellulari si credeva che i prolungamenti protoplasmatici si anastomizzassero fra loro, formando una rete fitta e continua (reticella di Gerlach) nella sostanza grigia.

Quanto all'origine dei nervi motori, si dava come dimostrato, che i nervi motori rappresentassero la semplice continuazione del prolungamento di D e iters, mentre che i nervi sensitivi fossero il risultato della riunione di diversi gruppi di fibrille della rete protoplasmatica interstiziale;

2º determinazione di un certo numero di strati, costituiti apparentemente, da elementi di natura diversa.

Nella descrizione di Meynert, e anche in quella di Huguenin, si distinguevano, da fuori in dentro, cinque strati principali: il primo costituito da nevroglia, fibre nervose e da qualche cellula ganglionare fusiforme o triangolare: il 2º dalle piccole cellule piramidali; il 8º dalle grandi cellule piramidali; il 4º da piccole cellule sferiche e triangolari, il 5º da cellule fusiformi;

tio si conosceva, inoltre, l'esistenza di numerose fibre mieliniche, disposte in piccoli fasci convergenti nelle sone profonde, e in una maniera irregolare e plessiforme nelle sone medie: queste fibre si sarebbero continuate in alto col cilindrasse delle cellule piramidali, e in basso con le fibre della corona raggiata.

Queste erane le conoscense sulla struttura della corteccia cerebrale quando G o l g i, nel 1885 publicava i suoi studi sulla fina anatomia degli organi del sistema nervoso centrale, compiti per messo della reasione oromo-argentica e della reasione nera al sublimato. Grasie a questo metodo presioso, G o l g i potè constatare:

che il cilindrasse delle cellule nervose, al pari dei prolungamenti protoplasmatici, emette dei ramuscoli collaterali numerosi e delicatissimi: che i prolungamenti protoplasmatici non formano una rete, ma si ramificano ripetutamente, terminando liberamente nell'interno della sostansa grigia.

In generale, il Golgi distingue nel sistema nervoso centrale due tipi di cellule: al 1º tipo appartengono le cellule con cilindrasse lungo, il quale nel suo decorso emette delle colla terali che si anastomissano con le ramificazioni nervose delle cellule del 2º tipo, e quindi passa in una fibra nervosa: queste cellule, secondo, il Golgi, sono di natura motrice: al 2º tipo appartengono delle cellule, il cui cilindrasse dopo breve tratto dalla sua origine si dissolve nella sostanza grigia in un gran numero di fibrille, che si anastomizzano fra loro e con i rami collaterali dei cilindrassi delle cellule di 1º tipo: queste cellule sono sensitive. Si ha così nella sostanza grigia, la costitusione di un intricatissimo reticolo nervoso, formato dalla riunione dei rami terminali delle celiule del 2º tipo e dalle collaterali dei cilindrassi delle cellule di 1º tipo; da questo reticolo si originano le fibre sensitive. Secondo poi le dottrine del Golgi, i prolungamenti protoplasmatici, per la loro struttura e per i loro rapporti, hanno una funsione esclusivamente trofica, mentre il solo prolungamento nervoso è deputato alla conduzione degli stimoli nervosi.

Inoltre si deve al Golgi la dimostrazione esatta della struttura dalla nevroglia, le cui cellule costituiscono tutta la trama connettivale dei centri nervosi, per messo dei loro numerosi e fini prolungamenti, che vengono ad intrecciarsi senza mai anastomizzarsi fra loro.

In generale, nella corteccia cerebrale, il Golgi distingue tre strati principali; un 1º strato superiore, che comprende il ils superiore della corteccia, ed è quasi esclusivamente formato da cellule piramidali piccole: si sono pure rappresentate, ma in quantità assai scarsa, anche le cellule designate come globose o poligonali; un 2º strato, lo strato medio: vi si riscontrano le cellule piramidali medie e grandi. Le seconde esistono prevalentemente in prossimità del confine inf. dello strato: non è difficile accompagnare il loro prolungamento apicale sin proprio al suo arrivo nello strato connettivale sottomeningeo; un 8º strato, o strato profondo, formato da cellule atipiche, fra le quali non mancano delle cellule piramidali di medio e piccolo calibro, disposte in direzioni svariate.

Riguardo alle differense funzionali inerenti alle varie circonvoluzioni cerebrali, il Golgi pensa che esse trovano la loro ragione non già in particolarità differenziali isto-morfologiche, sibbene nell'andamento e nei rapporti periferici dei fasci nervosi che dalle circonvoluzioni hanno origine. Epperò la specificità della funzione delle varie zone cerebrali sarebbe in rapporto non già con le particolarità di anatomica organizzazione delle zone medesime, ma piuttosto con la specificità degli organi (muscoli, terminazioni di vene, ecc.) ai quali perifericamente vanno a metter capo le fibre che dalle stesse zone hanno origine.

Le idee generali sulla struttura della corteccia cerebrale vennero in seguito confermate a dimostrate evidentemente esatte dal Mondino, che specialmente portò le sue osservazioni sulla corteccia dell'insula, e dal Martinotti: quest'ultimo autore potè constatare inoltre, che una parte delle fibre orissontali dello strato più superficiale della corteccia, scoperte da Kölliker e confermate più tardi da Exner, Edinger, Obersteiner, ecc., si continuano, incurvandosi, col cilindrasse ascendente di alcune cellule piramidali, situato negli strati sottoposti.

Dopo del Golgi, altri ricercatori vennero a modificare sostanzialmente le sue opinioni sulle connessioni degli elementi nervosi, e apportarono anche dei contributi alla fine anatomia della corteccia cerebrale.

Già Forel dapprima, pur ammettendo i fatti principali descritti dal Golgi concernenti il contegno degli elementi nervosi, fibre e prolungamenti, in seno alla sostanza grigia, asseriva non esser indispensabile ammettere che il loro rapporto avvenisse per anastomosi fra queste fibrille, ritenendo egli che il rapporto funsionale fra gli elementi nervosi potesse avvenire semplicemente per contatto o per influenza; qualche cosa di analogo, come si vede, a ciò che avviene fra corpi conduttori percorsi da correnti elettriche o magnetiche. Altri autori, in seguito, dall'His al Kölliker, Betsius, van Gehuchten, Lenhossek, etc., impugnarono più radicalmente i risultati dei lavori di Golgi, ma fu sopratutto, Ramon y Cajal, che credette di aver dimostrato l'indipendenza anatomica assoluta dei vari elementi nervosi fra loro, e gettò così le basi di una nuova dottrina, secondo la quale si nega completamente l'esistenza di una rete diffusa nel sistema nervoso centrale: ogni fibra nervosa prende origine da una cellula e alla sua estremità si risolve in ramificazioni terminali libere, le quali, applicandosi sui corpi o sui prolungamenti protoplasmatici di cellule nervose vicine, stabiliscono connessioni per contatto. Una cellula nervosa con la sua fibra e con la sua terminazione libera, costituisce un elemento autonomo (neurone di Waldeyer). La superficie della cellula e i prolungamenti protoplasmatici sono apparecchi di reazione del neurone; il prolungamento nervoso é esclusivamente apparecchio di emissione dell'eccitamento (principio della polarizzazione dinamica di Ramon y Cajal). Gli apparecchi periferici di recesione sono costituiti da una cellula nervosa oppure da prolungamenti protoplasmatici di una cellula nervosa (nervi spinali di senso o branca periferica del prolungamento a T delle cellule gangliari spinali) il cui prolungamento nervoso si dirige ai centri, dove con le sue ramificazioni terminali abbraccia corpi e prolungamenti protoplasmatici delle cellule centrali che esso eccita: di queste ultime, quelle che inviano alla periferia il loro prolungamento sono motrici. Cade dunque, secondo la teoria di Ramon y Cajal, la differenza funzionale assegnata dal Golgi ai due tipi di cellule nervose.

Ramon y Cajal, pur constatando l'esistenza di questi due tipi diversi di cellule, non crede che quelle di 1º tipo debbano considerarsi come motrici e quelle di 2º tipo come sensitive, giacchè la funzione, secondo la dottrina della polarizzazione dinamica, è dovuta esclusivamente alla

1 : 1

orientazione della cellula: il Caj al chiama quindi semplicemente cellule a cilindrasse lungo, le cellule di 1º tipo di Golgi, e cellule a cilindrasse corto, le cellule di 2º tipo di Golgi.

Manca però a tale teoria ancora la generalizzazione del rapporto anatomico di contiguità fra corpi cellulari e fibre, giacché se esso esiste per quelle cellule dalle quali, in talune regioni con certezza ed in altre con fortissima probabilità si originano le fibre nervose motrici, non è stato ancora osservato nelle cellule nervose di 2º tipo di Golgi o a prolungamento corto di Ramon y Cajal.

Venendo ora più particolarmente alla struttura della corteccia cerebrale, Ramon y Cajal nella corteccia dei piccoli mammiferi, e specialmente nei necnati, in cui la reazione nera di Golgi avviene più tecilmente, distingue quattro strati principali: un primo strato, o zona melecolare; un secondo, o delle piccole cellule piramidali; un terzo delle grandi cellule piramideli; un quarto o delle cellule polimorfe.

Zona molecolare: in questa zona, ritenuta precedentemente esclusivamente nevroglica, Ramon y Cajal descrive negli animali giovani (topobianco, cavie, etc.), tre tipi cellulari distinti: 1º cellule poligons li provviste di numerosi prolungamenti protoplasmatici, e di un prolungamento lungamento cilindrassile, che si ramifica ripetutamente nello spessore della sona molecolare : questo cilindrasse non arriva mai, come quello delle cellule piramidali, sino alla sostanza bi inca: 2º cellule fusiformi: e 8º cellule triangolari o stelllate: ciò che caratterizza questi due tipi di celul e, è, che oltre a possedere dei prolungamenti protoplasmatici diretti orizzontalmente, sono forniti non di uno solo ma di due o più prolungamenti nervosi.

Inoltre Ramon y Cajal ha potuto osservare che i prolungamenti protoplasmatici di queste cellule, dopo un tragitto più o meno lungo, acquistano poco a poco il carattere di cilindrassi e per ciò, avuto riguardo a questo criterio morfologico, non si avrebbe per tali cellule un carattere differensiale tra prolungamenti protoplasmatici, e prolungamenti nervosi. Simili cellule sono state riscontrate da Retzius nella corteccia cerebrale di embrioni umani e di grossi mammiferi.

2º strato: è costituito da piccole cellule piramidali, con la identica disposizione descritta dal Golgi: solo Ramon y Cajal crede che le con laterali del prolungamento nervoso disceudente, si terminino liberamente; 8º strato: è formato dalle grandi cellule piramidali: il loro cilindrasse, arrivato alla sostanza bianca, si continua con una fibra di proiesione : in certi casi esso si biforca o fornisce una collaterale che sembra destinata a formare il corpo calloso;

4º strato: è formato da cellule di varia forma. Vi si riscontrano anche le cellule di 2º tipo di Gol gi e le cellule a cilindrasse ascendente di Martinotti: però, secondo Ramon y Cajal, il cilindrasse di queste ultime, terminerebbe liberamente nello strato delle piccole cellule piramidali.

Biguardo alla sostanza bianca della corteccia cerebrale, Ramon y Cajal distingue: 1º fibre di proiezione; 2º fibre callose o commisurali; 8º fibre d'associazione e 4º fibre centripete o terminali.

Le fibre di proiezione, secondo R a m o n y Caj a l, originerebbero tanto dalle grandi che dalle piccole cellule piramidali e convergerebbero a traverso il corpo striato per penetrare nei peduncoli cerebrali.

Le fibre di associazione verrebbero da una collaterale del prolungamento nervoso delle grandi cellule piramidali e forse anche dalle cellule polimorfe, attraverserebbero in seguito il corpo calloso terminando liberamente in provincie cellulari e forse anche in lobi distinti di uno stesso emisfero.

Queste fibre sono fornite di collaterali ascendenti che vanno a terminare liberamente nei vari strati della sostanza grigia corticale.

Le fibre callose sono situate al disotto delle fibre d'associazione e forse si originano come collaterali di fibre sia di associazione che di proiesione, e penetrando nel corpo calloso vanno a terminare nell'emisfero cerebrale del lato opposto, mettendosi così in rapporto non solo con cellule simmetriche del lato opposto, ma auche con altri numerosi elementi (per mezzo di collaterali) di regioni diverse e di vari strati della corteccia.

Le fibre centripete o terminali provengono forse dal midollo spinale, dal cervelletto, ecc., e costituiscono in tutto lo spessore della sostanza grigia una ricca arborizzazione terminale: è probabile, secondo R a m o n y C a j al che queste fibre rappresentino la terminazione cerebrale dei nervi sensitivi o per lo meno quella dei cilindrassi provenienti da cellule unite agli ultimi ramuscoli dei nervi sensitivi.

Secondo la teoria della polarizzazione dinamica, la corrente nervosa arriva alla corteggia cerebrale per mezzo delle fibre terminali o centripete, passa nello strato molecolare, nei prolungamenti protoplasmatici delle grandi e piccole cellule piramidali e quindi diventa centrifuga, dopo essersi propagata alle cellule polimorfe e agli altri elementi della corteccia, per mezzo delle numerose collaterali dei prolungamenti nervosi delle varie cellule, che si mettono in rapporto col corpo e coi prolungamenti protoplasmatici di cellule vicine.

Le conclusioni anatomo-fisiologiche principali che R a m o n y-Ca j a l può dedurre dalla osservazione della corteccia cerebrale sono: 1º: che il cervello non contiene un centro recettore unico delle fibre sensitive e sensoriali, nè una sola sorgente per tutte le fibre motrici, ma che tutta la corteccia cerebrale può essere considerata come una serie di centri, dei quali ciascuno riceve una specie determinata di fibre sensitive o sensoriali ed è legato ad un ordine determinato di filamenti motori.

... Questi centri sono riuniti fra loro per messo dei sistemi delle fibre di associ sione e delle fibre commissurali, e per messo di questi sistemi si effettua ogni sorta di associazione mentale (sensitivo-motrice, coscienti ed incoscienti).

Queste sone speciali della corteccia non possiedono una struttura specifica, la quale possa spiegare la loro elevata funzione: piuttosto la loro funzione "speciale deriva (come già aveva fatto notare G o l g i), dalla connessione speciale periferica delle fibre collegate a questi centri corticali;

2º: si può affermare con qualche riserva, avuto riguardo ai dati di anatomia comparata e di embriologia, che le funzioni psichiche sono legate, nella serie animale, alla presenza delle cellule piramidali.

È verosimile poi, che la cellula psichica sia dotata di una attività tanto più grande e più utile, quanto maggiore è il numero delle espansioni protoplasmatiche, somatiche e collaterali, e quanto più abbondanti, più lunghe e più ramificate sono le collaterali del suo cilindrasse.

Il volume della cellula sembra sia indipendente dal suo grado di evoluzione; esso dipende piuttosto dalla dimensione dell'animale.

Poche e brevi considerazioni sull'anatomia normale della corteccia cerebrale, riguardano la struttura delle varie cellule, mediante i procedimenti tecnici introdotti dal Nissl, sopratutto la colorazione col bleu di metilene. Come si sa, il Nisl, dal fatto che coi suoi metodi di colorazione si distinguono nel citoplasma

nervoso una parte tingibile e una parte che rimane completamente scolorata, suddivise le varie cellule nervose in varie categorie, secondo la configurazione presentata dalla parte cromatica, la quale ora è disposta in forma di reticolo coerente (cellule arkyochrome), ora in forma di strie parallele ai contorni della cellula e costituita da fili, fasci e granuli di sostanza cromatica, non connessi fra loro (cellule stykochrome), ora in forma di granuli isolati (cellule gryochrome). A questa differenza di struttura devono corrispondere, secondo N i s s l, differense funzionali : però sinora il significato fisiologico non si può stabilire che per il gruppo delle stykochrome, le quali poiché si trovano nelle corna anteriori e in tutti i nuclei motori dell'asse cerebro-spinale, e nella corteccia cerebrale della regione motrice, si possono considerare come cellule motrici. Le grandi cellule piramidali appartengono al tipo della cellule stykochrome : la struttura delle altre celiule è varia e in generale si può dire che tra le più grandi cellule corticali e le più piccole vi è una gradazione di passaggio dal tipo stykochromo al tipo arkyochromo-

Hirto

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA B. UNIVERSITÀ DI TORI-NO, diretta dal prof. G. Boesolo. — SUL DOSA-MENTO DEL FOSFORO ORGANICO NELLE URI-NE. Nota dei dottori. F. Michelle C. Serono.

La recente pubblicazione di un lavoro del dottor Ceconi (1) intorno al fosforo organico delle urine, c' induce a riassumere in una breve nota i risultati che noi ottenemmo sullo stesso argomento durante l'anno scolastico decorso, non pubblicati subito per il loro esito negativo e che avrebbero dovuto figurare come premessa in un nostro lavoro sul ricambio delle lecitine.

Ci eravano proposti di studiare in condisioni fisiologiche e morbose il consumo delle lecitine, le quali, per quanto sia quasi interamente sconosciuto il loro ufficio nell'organismo, rivestono certo un alto valore fisiologico, dal momento che mentre trovansi in tutti i liquidi e in tutti i tessuti animali, abbondano specialmente nei tessuti più differenziati, quali il sangue e il sistema nervoso.

⁽¹⁾ Il lavoro del dott. Ceconi, di cui solo ora abbiamo avuto conoscensa, è pubblicato nel «Morgagni», novembre 1896.

Abbiamo pensato dapprima che il dosamento dell'acido fosfoglicerico che è uno dei prodotti di scomposizione delle lecitine, potesse servirci come indice del loro ricambio, ma, lo diciamo subito, non abbiamo tardato a riconoscere che non era questa la via da battere.

Ansitutto non si può riferire unicamente alle lecitine il fosforo che si trova nell'urina dopo la completa chiminazione del fosforo salino; esistono difatti, nell'organismo, altre sostanze fosforate (acido fosfo-carnico e nucleine), il cui fosforo potrebbe essere parsialmente climinato sotto una forma non precipitabile, dalla barite o dalla miscela magnesiaca il che è, quanto all'acido fosfo-carnico, dimostrato dalle ricerche di Siegfried (1) e di Rokvood (2).

Per quanto riguarda le uucleine, ciò non è peranco stabilito con sicurezza.

Ansi, noi ci permettiamo di sollevare dei dubbi in proposito.

Le nucleine, sostanze costituenti principali del nucleo cellulare, presentano un contenuto molto variabile di Ph. (da 2,6 a 9,8 %), che non si sa sotto che forma si trovi nella molecola, ma è noto che il Ph. nucleinico si stacca facilmente dalla molecola, per cui è probabile che si ossidi e si elimini interamente allo stato di fosfato, ciò che per noi è reso anche più probabile da un' osservazione che sarà riferita più sotto. Di altra parte, siccome le nucleine si trovano costantemente unite alle lecitine, il loro fosforo potrebbe, per lo meno parsialmente, appartenere alle lecitine (Beaunis).

Ad ogni modo, è perfettamente giusta la dedominazione di fosforo organico proposta dal dottor Ceconi, per quel Ph. che si rinviene dopo la eliminazione dei fosfati salini, e noi l'accettiamo di buon grado.

Una parte soltanto, ma forse la parte principale del fosforo organico, è adunque rappresentata dall'acido fosfo-glicerico che Sotniche wsky ha constatato per il primo nelle urine, sia che si trovi tal quale nell'urina, sia che vi si rinvenga, come crede Robin, ancora unito alle lecitine.

Noi, lo diciamo incidentalmente, praticando la ricerca della neurina, abbiamo ottenuto dalle urine di uno pneumonico una base alcaloidea, il cui eloro-platinato offiriva i caratteri del cloro-platinato di lecitina; era cioè solubile in etere, e la

soluzione eterea col tempo si decomponeva, ma le piccole quantità che ne ottenemmo non ci permisero di farne l'analisi; del resto le lecitine furono trovate anche da Egell in un caso di urina chilosa.

L'altra ragione per cui ci siamo convinti che il dosamento del fosforo organico non poteva darci la misura del consumo delle lecitine, sta nei risultati da noi ottenuti, i quali, per quanto concordino in gran parte con quelli che il dott. Ce co ni ha avuto nella Clinica di Padova, pure crediamo non inutile riferirne in sunto, non foss' altro che a conferma delle numerose e diligenti ricerche del dott. Ce co ni.

Il metodo da noi seguito differisce dai vari metodi adoperati sin qui da coloro che del dosamento del fosforo organico si sono occupati e di cui si trova accurata rassegna nella pubblicazioni del dott. Ce coni; esso è essenzialmente il metodo di Sotniche wsky coll'aggiunta di tutte quelle cautele e di quelle modificazioni che lo rendono, a parer nostro, esattissimo, e superiore a tutti gli altri; per ciò lo riferiamo.

Le urine delle 24 ore vengono trattate con una soluzione concentrata di idrato di bario sino ad intensa reazione alcalina e filtrato. Il filtrato si concentra, a piccolo volume, e si tratta con miscela magnesiaca in forte eccesso. Si lascia in riposo per 24-86 ore e poi si filtra nuovamente e si riduce a piccolissimo volume; quindi si distruggono le sostanze organiche con acido nitrico e acido cloridrico concentrato e piccole quantità di clorato potassico.

Si precipita il liquido limpido, filtrato se occorre, con molibdato ammonico e si lascia in riposo per 24 ore in luogo tiepido.

Il precipitato si scioglie in ammoniaca e vi si aggiunge della miscela magnesiaca; il nuovo precipitato, raccolto sopra un filtro privo di canere, si secca alla stufa e si calcina in crogiuolo di platino separatamente dal filtro per evitare la riduzione del composto fosforato e si pesa il pirofosfato magnesiaco.

Abbiamo calcolato il Ph. organico in acido fosfo-glicerico, per poter mettere a confronto i nostri, coi dati di Lépine ed Eymonnet; Ceconi l'ha calcolato, certo più esattamente, in Ph²O⁵.

Abbiamo sperimentato dapprima su 8 soggetti sani, adulti, sottomessi alla dieta comune, mista della sala; il dosamento fu sempre praticato sulle urine delle 24 ore e fu ripetuto per il primo 8 volte, e per gli altri 2 volte soltanto.

⁽¹⁾ Siegfried. «Arch. f. Anat. u. Phys.», 1864.

⁽²⁾ Rokvood.-Ibid. 1895.

^{(8) .} Zeits. f. Phys. Chem. .. Bd. IV. 1880,

Le cifre qui riferite rappresentano la quantità media giornaliera del Ph. organico calcolato in acido fosfo-glicerico.

1º Sano Ph organico gr. 0,010 2º • • • 0,0045 3° • • • 0,0072

Calcolando in Ph⁸O⁵, per confrontare queste cifre con quelle di Ceconi troviamo:

1º Sano gr. (0,0082. La quantità di Ph. or-0.0044 ganico nelle urine dei 3 0,0059 soggetti da noi esami-3°, nati, oscilla fra gr. 0,0044 e gr. 0,0082; nei 5 soggetti sani di Ceconi, oscilla fra gr. 0,011 e 0,026. La differenza in meno fra le nostre cifre e quelle del dott. Ceconi va forse attribuita alla diversità del metodo usato: i valori ottenuti con la pesata del fosfo-molibdato ammo nico, sono difatti superiori, come osserva anche Ceconi, a quelli ottenuti con la pesata del pirofosfato. Le nostre cifre sono poi incomparabilmente inferiori a quelle ottenute da Lépine e Eymonnet e da Zuelzer (1) ciò che senza dubbio dev' essere attribuito alle cause di errore, giustamente rilevate dal Ceconi, dei metodi seguiti dai predetti osservatori.

Queste nostre ricerche sui sani ci dimostrarono che il ricambio delle lecitine si confonde in gran parte con quello del fosfati salini e che il dosamento del fosforo organico non poteva esprimere neppure lontanamente il loro consumo.

Difatti, per quanto la disassimilazione delle lecitine non sia molto attiva, come appare da ciò che la sua proporzione resta pressochè immutata nella sostanza cerebrale nelle varie condizioni morbose (Beaunis), non è concepibile che il consumo giornaliero delle lecitine alimentari e di quelle dei tessuti sia così lieve come risulterebbe se il Ph. organico ne fosse l'esponente principale.

Con un semplice calcolo si può difatti stabilire quanta lecitina corrisponda alla quantità di Ph. organico eliminato.

Nel 1.º Sano gr. 0,010 di ac. fosfo-glicerico: = gr. 0,047 di lecitine

- > 2.° > gr. 0,0054 di a. fosfo glicerico: = gr. 0,025 di lecitine
- $\mathbf{gr.} 0.0072 \text{ di a. fosfo glicerico} :$ $= \mathbf{gr.} 0.0034 \text{ di lecitine.}$

Risulta, adunque, che delle lecitine consumate

nelle 24 ore, solo da 2 a 5 centigr. sono rappresentati dal fosforo neutro, anche ammesso, ciò che non è, che tutto il fosforo organico sia riferibile alle lecitine. Ad ogni modo, prima di allontanarci da questa via, abbiamo praticato qualche ricerca in condizioni morbose, avendo cura di eliminare quei casi in cui esistevano nelle urine tracce di nucleo albumina.

Abbismo ottenuto il valore relativamente più elevato in un caso di diabete pancreatico, sottoposto a dieta prevalentemente carnea, in cui la quantità di Ph. organico giornaliera fu in media di gr. 0,026 (in acido fosfo-glicerico) con un quantitativo di 66 gr.

Nelle altre osservazioni non ci siamo avvicinati neppur lontanamente a questa cifra. In un caso di cirrosi ipertrofica, in cui ad un tratto si manifestarono i sintomi dell'atrofia acuta del fegato, constatata di poi all'autopsia, la determinazione del Ph. organico fu praticata soltanto una volta, delineatosi il quadro dell' ittero grave, perche l'ammalato morì, e dette una quantità di fosforo organico imponderabile.

Ciò fu davvero impreveduto, perchè ci saremmo aspettati almeno un lieve aumento del fosforo organico, dati i risultati ottenuti da Lépine ed Eymonnet sul fegato grosso.

In 2 casi di pneumonite crupale, abbiamo ottenuto, rispettivamente, durante l'acme della malattia gr. 0,01 e gr. 0,018.

In un caso di anemia perniciosa gravissima, abbiamo trovato una quantità di Ph. organico indosabile, in un altro consimile, una quantità piccolissima (gr. 0,003).

Un caso di leucemia splenica fu in particolar modo oggetto delle nostre ricerche, intese a stabilire se le nucleine, di cui sono ricchissimi i leucociti, concorressaro alla produzione del Ph. organico. Ma, mentre abbiamo trovato un cospicuo aumento dell'azoto urico e dei corpi xantinici, i quali sono prodotti di scomposizione delle nucleine (Kossel, Horbaczewsky) non abbiano trovato un corrispondente aumento del Ph. organico (gr. 0,0062 in media nelle 24 ore). Il che fa pensare che il Ph. delle nucleine non si elimini neppure parzialmente sotto forma di fosforo organico. In un caso di tumore del cervelletto, dopo crisi di vomito e di dolori al capo, il Ph. organico fu indosabile; in un altro di epilessia nelle urine delle 24 ore successive allo attacco trovammo gr. 0,008 di Ph. organico. Qui son finite le nostre ricerche, le quali benché scarse, ci provavano a sufficienza che il dosa-

⁽¹⁾ Vedi la bibliografia nel lavoro del dott. C e c o n i.

mento del Ph. organico non poteva servire allo in corrispondenza della prostata e ponendo due scopo prefissoci; quelle del dott. Ceconi hanno dimostrato che esso non esprime, nonchè il ricambio lecitinico, neppure l'intensità od il difetto delle disintegrazioni ed ossidazioni organiche, per cui non può riuscire di vera utilità nè per la diagnosi ne per la prognosi delle malattie.

In seguito a queste ricerche e a questi risultati, noi abbiamo intrapreso lo studio del ricambio delle lecitine prendendo come indice un'altra sostanza che esprime appunto solamente il consumo lecitinico e il cui metodo di dosamento sarà esposto prossimamente da uno di noi.

Torino, 6 gennaio 1897.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Accedemia di medicina di Parigi. - Estirpasione totale della vescica per tumore diffuso.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Tornata del 5 gennaio 1897.

Estirpazione tetale della veselca per tumere diffuse. Tuffier. - Le indicazioni dell' estirpazione della vescica souo molto rare. L'oratore riferisce un caso, in cui fu fatta tale operazione.

Un uomo, di quaranta anni, affetto per tre anni da cistite ematurica e dolorosa, dopo avere sperimentato tutti i messi terapeutici medici, entra nel reparto dell'oratore.

La frequenza delle minzioni era incessante, ed i dolori, che l'accompagnavano, atroci. La palpasione addominale, combinata con l'esplorazione del retto, fece riconoscere un globo vescicale duro e molto doloroso.

L'esplorazione della vescica, fatta previa anestesia, fece constatare una superficie dura ed una cavità, la quale non permetteva il libero movimento dello strumento.

Fu praticata la cistotomia soprapubica; si trovò allora un tumore infiltrato in tutta la parete sinistra della vescica, il quale si diffondeva in tutta la mucosa del basso-fondo; non esisteva alcuna traccia di ingorgo ghiandolare, nè di precistite.

Lo stato generale del soggetto, la possibilità di estirpare la totalità delle lesioni, la loro progressione rapida, come poteva osservarsi a traver so l'orificio della fistola, indussero l'oratore ad eseguire l'exercsi totale della vescica, 4 giorni dopo la cistotomia.

Posto l'ammalato nella posizione di Trendelenburg, fu fatta l'incisione ipogastrica a T, la cui estremità inferiore arrivava nel mezzo della sinfisi del pube e le cui branche laterali finivano in corrispondenza degli orifici inguinali ; dis- lo scheletro nel periodo dello accrescimento. secato dilingentemente il peritoneo all'apice della vescica, fa asportata questa, sezionando il collo quella dell'osteomielite ma con un'altra veste. Co-

pinze curve sui peduncoli uretero-arteriosi.

Rimasto infruttuoso il tentativo di fare sloccare gli ureteri nel retto, si dovette ricorrere al cateterismo di questi.

L'oratore presenta il pezzo: un tumore fungoso, duro, posto nella parte laterale sinistra della vescice, la quale è del tutto infiltrata; nel rimanente della vescica, il tessuto neoplastico sembra limitarsi alla mucosa.

L'esame istologico, eseguito da M. Olaude, mostrò trattarsi di un epitelioma alveolare del genere atipico, con infiltrazione di tutta la parete in un grado diverso, con disposizione telangettasica dei capillari in certi punti.

L'atto operatorio fu seguito da flebite della gamba destra; il cateterismo degli ureteri fu tolto al settimo giorno e rimpiassato da un tubo-sifone ipogastrico.

Lo stato generale dell' infermo è buono; egli, 2 mesi circa dopo l'operazione, potè ripigliare i suoi affari.

Greco

MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI

L'osteomiejite vertebraie aeuta. Ohipault.—Soltanto da qualche anno, l'osteomielite vertebrele è stata descritta separatamente dalla tubercolosi vertebrale.

Questa disassociazione non è stata che per l'osteomielite vertebrale acuta, giacche la forma cronica é tuttavia compresa nel gruppo delle osteiti vertebrali di natura tubercolosa.

L'osteomielite vertebrale acuts, intraveduta da Verneuil, fu affermata perentoriamente da Cadeilhan e più tardi da Poirier. L'autore, fondandosi su 81 osservasioni, di cui 8 personali, ha creduto utile di fare uno studio d'insieme di questa malattia, la quale, per quanto rara, merita sempre tutta l'attensione per essere preparati contro qualche errore di diagnosi.

La patogenesi dell'osteomielite vertebrale non presenta nulla di speciale dipendente dalla localizzazione della malattia nelle vertebre. Ora, costituisce il focolaio principale, sia primitivo che unico della malattia, ora fa parte di un corteo di focolai ossei multipli.

Gli agenti patogeni non sono stati ricercati che in un piccolissimo numero di casi. Quattro volte è stato trovato lo stafilococco piogene aureo, ed una volta solamente lo streptococco piogene.

Ordinariamente negli antecedenti personali dell'infermo figurano le fatiche esagerate ed i raffreddamenti prolungati; qualche volta un traumatismo fu giudicato la causa della localizzazione vertebrale. In quanto al sesso, sembra che gli uomini vi vadano più soggetti delle donne, ma è sempre una malattia dell'infanzia che colpisce

L'anatomia patologica, ricorda in molti punti

munemente si trovano dei focolai superficiali sotto-periostei, dei focolai profondi, ovvero dei fooclai totali con sequestri più o meno estesi, e flebiti intra-ossee.

Dall'esame delle osservazioni finora fatte, risulta che la malattia ha sede comunemente nella regione dorso lombare, preferendo le parti posterolaterali delle vertebre.

La sintomatologia è caratterizzata da fenomeni generali; e locali. I primi, sono quelli di qualunque forma di osteomielite acuta; stato generale grave, febbre intensa, sub-delirio, polso piccolo e debole, urina scarsa e fortemente colorata, sovente albuminosa, diarrea fetida, eruzioni cutanee, ecc.

I fenomeni locali, sono vari a seconda la sede della malattia; se questo interessa la parte posteriore delle vertebre, sopravviene un edema esteso e duro, ricoverto spesso da vene dilatate. La colonna vertebrale è completamente immobilizzata e la zona corrispondente alla vertebra affetta, è particolarmente sensibile alla pressione.

Se la lesione, invece, ha sede nei corpi vertebrali, esiste tuttavia la rigidezza ed il dolore, ma ben presto si manifestano delle attitudini speciali, a seconda la regione ammalata. Così, per esempio, alla regione cervicale superiore, si può avere un'attitudine forzata dipendente dalle contrazioni muscolari, ovvero da sub-lussazioni patologiche, ed ineltre, paò comparire dispnea, diafonia e disfagia per la presenza di ascessi retrofaringei.

Accanto a questi fenomeni, esistono spesso sintomi di meningo- mielite, dolori spontanei, iperestesie o anestesie, contratture o paraplegie, ritenzione di urina e delle fecce, disturbi trofici diversi e gravi.

L'evolusione dell'osteomielite vertebrale è d'ordinario molto rapida. Al 8º o 4º giorno della malattia, quando compare l'edema rachidico, soprovvengono quasi contemporaneamente i sintomimeningo-mielici, e la morte chiude la scena morbosa dal quindicesimo al trentesimo giorno, in messo ai sintomi della più grave infezione.

La diagnosi é facile, allorquando esistono sintomi di una raccolta acuta peri-vertebrale, che si distingue molto facilmente da un ascesso delle parti molli, ovvero da una raccolta secondaria ad un processo tubercoloso. Diventa più difficile la diagnosi, allorquando i sintomi meningo-mielici dominano la scena, perchè allora si penserà più facilmente ad una perimeningite suppurata primitiva o ad una meningite spinale, ed allorchè i sintomi generali sono quelli che di più attirano l'attensione, la malattia può venire confusa con una pneumonite o una febbra tifoide, ecc.

Aggiungasi che è possibile confondere un'osteomielite delle prime vertebre cervicali con una osteomielite dello occipitale, ed un'osteomielite del sacro, con un processo dell'identica natura dell'osso iliaco.

Questi errori, non possono essere evitati che con una attenta localizzazione dei fenomeni morbosi.

La terapia non è che operatoria. Il suo scopo è quello di svuotare la raccolta di pus, rimuovere, al bisogno le parti ossee magagnate, disinfettare e fognare il focolaio.

Se noi esaminiamo del punto di vista della posizione la serie delle osservazioni trattate chirurgicamente, troviamo che su un totale di 16 casi, 8 ammalati sono sopravvissuti.

La statistica, quantunque si possa considerare che, qualche osservazione è difettosa nello stabilire la vera natura del male, ci autorizza a ritenere che l'osteomielite vertebrale è suscettibile di guarigione, tanto più se si ricorda, che la malattia abbandonata a sè stessa è fatalmente mortale (Gazzette des Hôpitaux, n. 148, 1896).

Bentivegna

NOTE TERAPICHE

La sura della scarlattina e sue complicanze. — Nella scarlattina, ad andamento regolare, la cura igienica è della più grande importanza.

L'infermo de e essere collocato in una camera in cui la temperatura è mantenuta fra i 18° e 20°, e si baderà che il letto sia al riparo dalle correnti d'aria. L'aria dello ambiente sarà mantenuta umida mediante vaporissasioni o spolverissasioni d'acqua borica al 80 per 1000.

Durante il periodo febbrile l'alimentazione deve essere costituita da latte e da uova ed in casi speciali soltanto dal latte. Le bevande fredde, le limonee, si potranno dare a discrezione.

Nei primi giorni della convalescenza saranno evitati tutti gli alimenti che possono riuscire irritanti per il rene, e durante i primi quindici giorni dell'apiressia bisognerà esaminare giornalmente le urine.

E di una grande importanza il mantenere integre le proprietà fisiologiche della cute. All'inizio della malattia riesce sempre utile di dare all'infermo un bagno tiepido a 80°-82° ovvero si faranno delle semplici ablusioni parsiali.

L'antisepsi della bocca, del faringe e delle cavità nasali, costituisce il primo còmpito di una cura razionale.

L'antisepsi boccale sarà fatta mercè i lavacri od i gargarismi con acqua borica satura, e tante alle amigdale che al faringe si praticheranno, parecchie volte durante il giorno, delle pennellature di glicerina boricata al 20 %.

Nella scarlatina la desquamazione dura per lungo tempo, alle volte fino alla sesta settimana. Dal suo inizio fino alla fine, riuscirà utile l'applicazione di vaselina boricata o al salolo 4/10, ovvero all'acido fenico 1 per 100.

Il convalescente di scarlattina, deve rimanere in camera, in media sei settimane, e uscirà di casa ancora dopo un bel pezzo.

Nella cura della scarlattina grave, la febbre richiama anzitutto l'attenzione del medico. Quando la temperatura oltrepassi i 40°, si può ricorrere all'antipirina, ma in realtà riesce meglio il chinino, di cui a preferenza si useranno il solfato ed il clorifrato.

Ma il vero antitermico nella scarlattina è il bagno freddo. Si preferisce il metodo di Brand. Tutte le volte che la temperatura oltrepassi 1 890, 5, deve essere praticato un bagno di 180 a 85º della dura di 10 minuti nei fanciulli di 5 anni; durante il giorno si potranno fare da 8 a 10 di tali begni.

Il bagno fraddo è controindicato se vi è minaccia di collasso, ovvero esistono affezioni cardiache, pseudo - reumatismo o fatti emorragioi.

L'eruzione potrà essere favorita con i bagni e le tisane calde, a base di acetato d'ammoniaca (2 gr. in un bambino di 2 anni, 8 gr. in un bambino di 8 anni, e così, di seguito aumentando di 1 gr. per ogni anno di età fino a 15-20 gr.).

Le minacce di collasso saranno combattute con la caffeina, l'etere, l'olio conforato, per iniezioni sottocutanes.

Comby prescrive la digitale nella seguente formula:

Tintura di digitale goode 15 Ossimele scillitico gr. 15 Sciroppo semplice < 15 Asqua di lattuga 4 90

Un cucchiaio da caffe ogni due ore.

In caso di agitazione, di delirio, il cloralio, ed il bromuro potranno rendere dei buoni servigi.

La nefrite è la complicanza più importante della scarlattina e quindidi rigore fa dieta lattes. La cura dell'uremia scarlattinosa non offre alcun

che di speciale.

Nella angina flemmonosa è utile applicare una o due sanguisughe dietro le orecchie, e si useranno largamente le irrigazioni o le polverizzazioni antisettiche.

Contro le angine pseudo-membranose precoci, quasi sempre streptococchiche, si useranno le pennellature di glicerina fenica all'10 o di acqua boriceta al Bojo.

Comby consiglia il seguente collutorio:

Olorato o beonzato di sodio 80 Sciroppo di more Acqua distillata 60

Nell'angina membranosa difterica, la sieroterapia costituisce la più importante indicazione.

Si sa che, recentemente, nella scarlattina, è stata anche consigliata la sicroterapia antistreptococchica, ma i risultati di essa sono ancora troppo incerti per cui si deve consigliare con prudensa.

In fine, non bisogna trascurare la profilassi. Il virus scarlattinoso è assai resistente e facile ed essere trasportato.

Occorre, quindi, sopratutto, che si disinfettino con la più grande cura le biancherie ed in generale tutti gli oggetti che sono stati adoperati čagli infermi. Quando questi rientrano nella vita comune, non bisogna dimenticare di prescrivere un bagno e di praticare l'antisepsi della bocca, del naso, ecc.

Ogni fanciullo she è stato in contatto con uno scarlattinoso, deve essere riguardato come so-

spetto ed aliontanario dalla scuola.

Tutti coloro che durante la malattia, hanno assistito l'infermo debbono indossare una veste speciale, ed è sempre utile che facciano la disinfesione delle mani con una soluzione di sublimato all'1 per 2000.

Negli ospedali, gli ammalati ed il personale

che li cura, debbono essere isolati (Le Bulletin mèdical, n. 1, 1897).

Bentivegna

RARITA' CLINICHE

Sui tumori gassosi dei celle. Keutnik riporta il caso di un tumore della parte anteriore del collo in un bambino, che sembra esser comparso in seguito a due intubasioni subite dal bambino, per croup. Il tumore era fluttuante, sonoro alla percussione, irreducibile sotto una pressione anche forte e prolungata: non aumentava quando l'infermo gridava o faceva degli sforzi violenti. Il tumore non era peduncolato, ma aderiva con una larga base alla parte anteriore del condotto laringo-tracheale. Esistevano disturbi della respirasione e della deglatisione; afonia.

Si fa diagnosi di tumore gassoso del collo. Inciso il tumore viene fuori aria; i postumi operatori sono buoni, parò resta un tragitto fistoloso, dal quale, durante gli sforzi del bambino, viene fuori aria. Dopo l'operazione i disturbi della deglutizione e della respirazione scomparvero e migliorarono anche quelli della voce.

L'esame istologico della parete del tumore escissa, rivelò in essa due strati: uno esterno muscolare e uno interno fibroso.

Riguardo alla natura di questo tumore, l'autore crede che le sue pareti erano, in origine, composte dalle aponevrosi della regione, circondato in avanti dai muscoli sottoioidei. La sede della rottura del canale aereo, non è stato possibile poteria constatare, ne la causa determinante s' è potuto rivelare in un modo chiaro.

In generale, i tumori gassosi del collo riconoscono delle cause predisponenti; bisogna invocare: le predisposizioni congenite; i divert coli intralaringei dei ventricoli del Morgagni; le fistole tracheali incomplete, interne; l'arresto di sviluppo e l'indebolimento delle pareti tracheali; le borse sierose retro-tiroidee, ecc., 2º le lesioni acquisite, come le alterazioni delle pareti del canale aereo, quali inflammasioni pregresse, ulcerazioni tubercolari o sifilitiche, ascessi e cisti idatidee delle vicinan.

Come causo determinanti si possono invocare le grida, il pianto, il vomito, la tosse, etc.

Biguardo alla patogenesi, gli aeroceli riconoscono i cinque modi seguenti di formazione: essi possono sopravvenire sotto l'influenza di uno sforso, per dilatazione repentina, o dalle pareti del canale aereo alterate, indebolite, o paralizzate, o dai diverticoli del ventricolo del Morgagni, o dai prolungamenti estra-laringei di questi diverticoli, o dalle ghiandole mucose ipertrofiche della trachea o dai loro condotti escretori slargati, ovvero per dilatazione di fistole congenite cieche interne, della trachea o della laringe.

Quando uno sforzo produce la rottura del condotto aereo, l'aria si espande nel tessuto cellulare, o nella borsa retro-tiroidea, o, se si tratta della parete tracheale, può avvenire l'incistamento dell'aria nel tessuto cellulara aponeviotico e se si tratta dalla parete bronchiale, si può avere

le scollamento della pleura e l'ernia di quest'ultima negli spazi inter-aponevrotici del collo.

Esiste poi una varietà di tumori aerei che sono dovuti alla produzione di gas in una cavità precsistente sotto l'influenza di alcuni microrganismi in condizioni ancora non ben conosciute.

La guarigione spontanea degli aeroceli è rara. La loro cura presenta le indicazioni seguenti: cura degli accidenti causati dal tumore; cura dell'affezione primitiva che ha dato origine al tumore; cura degli aeroceli per sè stessi.

Quando la compressione è inefficace, questi tumori devono essere trattati chirurgicamente, e così l'incisione del tumore e la chiusura dell'orificio di comunicazione con le vie aeree, o con l'ablazione del tumore e il consecutivo otturamento di tale orificio (Gazette hebdomadaire de Mèdecine et Chirurgie, n. 102, 1896).

Mirto

Tuberceli miliari acuti della pelle in un caso di tubercelcal miliare generale. Leichtenstera ha trovato pel primo tubercoli miliari nelle pelle in un caso di tubercelcai miliare generale. Nella letteratura medica ed anatomo-patologica, non è accennato affatto alla compartecipazione della pelle alla tubercelcai miliare acuta, e specialmente taccione su questo riguardo i dermatologi, i quali hanno distinto sinora 21 forme di tubercelcai della pelle, nelle quali non è accennato affatto alla forma miliare disseminata acuta.

Questo silenzio dei clinici, dei dermatologi e degli anatomisti, può spiegarsi con la estrema rarità di questa forma tubercolare cutanea o col non essere stato ad essa rivolta la dovuta attenzione,

Il caso comunicato dall' autore riguarda un ammalato, dell' età di 4 anni, in cui, dopo due settimane di dimora nell'ospedale, insorsero sintomi da parte della pelle, delle glandule linfatiche e della mucosa boccale. La pelle mostrava piccole papule di forma conica, della grandezza variabile da quella di un grano di papavero a quella di un grane di carape, intensamente rossi, duri, e con con corno retto.

Queste papule comparvero dapprima nella faccia, poi successivamente in tutto il dorso, nelle estremità superiori e poi in quelle inferiori.

Alcune di queste papule, dopo 8-14 giorni, scomparivano completamente previo decoloramento e lasciando una finissima desquamazione; altre invece presentavano alla loro estremità una piccolissima vescicola e poi retrocedevano con desquamazione. Il contenuto della vescichetta si essiccava presto e la piccola crosta si sollevava insensibilmente e contemporaneamente coll' accennata desquamazione del rimanente della papula.

Mentre alcune papule regredivano nella maniera suddetta, altre ne venivano fuori in altri punti lontani della pelle. Il numero delle papule della stessa data non superò mai quello di 4-6 nella faccia, di 6-8 al dorso, di 4-6 in una delle estre-

mità superiori e di 6-8 nelle due estremità inferiori; esse non erano mai confluenti, ma disseminate. La ricerca batteriologica, fatta intra vitam del contenuto della vescichetta, addimostrò la presenza di streptococchi e mai di bacilli tubercolari, i quali furono solo dimostrabili nei preparati fatti per strisciamento di una papula estirpata e schiacciata. Microscopicamente, osservò l'autore, che la porzione epidermoidale del noduletto, avea struttura a piani, poichè tra gli strati proliferati dello strato corneo, trovavansi strati di essudato, analogamente alla struttura descritta da Unna nell'impetigo stafilogens.

Il tubercolo, a forma di lente, largo 1-2 mm., avea sede nel corpo papillare, di guisa che la forma epidermoidale della papula può riguardarsi come dovuta a diffusione delle tossine tubercolari nello strato mucoso (Münchener medic. Wochenschr., n. 1, 1897).

Soagliosi

MALATTIE DELL'INTESTINO

Enterite tubercelare a forma tifeide. Deguy. — L'auto-infesione intestinale è spesso causa frequente delle enteriti tubercolari; invece l'enterite tubercolare primitiva prodotta per etero-infesione è più rara, ed è poco dimostrata.

Quasi in tutti i casi, fino adesso conosciuti, si tratta di infesioni per ingestione dei parasiti con i cibi: latte di vacca tubercolosa, madre tisica, carne di animali tubercolosi.

Schoul ha richiamato l'attensione sulla possibilità dell'infesione con il residuo degli alimenti dei tisici. Schnirer descrive qualche caso in cui l'erterite tubercolare fu causata dalla polvere degli escreati disseccati, che si era commista con gli alimenti.

L'autore riporta un caso di contagio di questo

La forma clinica assunta dall'infezione fu quella di una enterite acuta a tipo tifoide, a decorso rapidissimo; la morte si avverò dopo la sesta settimana.

Alla sezione si rinvenne una enterite tubercolare primitiva e delle lesioni bronco-polmonali di data recente, che erano apparse qualche giorno prima della morte e che avevano affrettato la fine.

La causa di questa localizzazione primitiva intestinale, secondo l'autore è la seguente:

l' infermo dormiva in un letto di un altro infermo, che era ro to di tubercolosi acuta; questi espettorava rollo e spesso; l'espettorato fuorusciva dalla sputacchiera, e una piccola quantità veniva sempre a spandersi sulla lastra del comodino da notte dove il secondo infermo aveva la cattiva abitudine di riporre il pane, e i cibi solidi. rato prosciugato e polverizzato del primo infermo, che vi si trovavano, causò certamente la infezione del secondo ammalato.

L'autore ebbe la curiosità di eseminare la polvere collocata nella incanalatura della lastra di marmo del comodino, e rinvenne dei bacilli tubercolari virulentissimi (Journal des praticiens, n. **52**, 1896).

Pollaci

SPOGLIO DEI PERIODICI

GERMANICE

 Deutsches Archiv für klinische Medicin », Bd. 57, H. 5 a 6, 1896.

1. Osservazioni del sangue nei casi di malaria occorsi nel 1894, con speciale riguardo alla specificità dei diversi paras iti malarici. Janesò e Rosenberg hanno fatto gran numero di osservazioni di sangue in occasione di un'estesa epidemia malarica verificatasi nelle vicinanze di Klansenburg, ed i risultati ottenuti li spingono a ritenere, insieme con la! scuola italiana, che bisogna distinguere almeno tre specie di parasiti malarici, differenti tanto morfologicamente che biologicamente, e corrispondenti rispettivamente al tipo tersano, quartano ed irregolare. Lo stretto rapporto esistente tra le varie generazioni parasitarie e la forma febbrile, dimostra da una parte la specificità delle varie specie di parasiti e dall'altra il nesso causale tra il parosisma febbrile e la sporulazione.

L'infesione malarica può guarire spontaneamente per i poteri reattivi fisiologici dell' orga-

Il chinino nei casi di quartana e tersana non è capace di ostacolare la sporulazione già inisiata i corpi in sporulazione rimangono normali ed il loro numero nella quartana non si modifica, nella tersana diminuisce.

Il chinino uccide a preferenza le spore, Grande resistenza oppongono al chinino le seconde generazioni della terzana doppia e quei parasiti della tersana che si trovano nella 86a-88a ora di sviluppo. La maggiore resistenza è opposta dai parasiti appartenenti al gruppo delle semilune.

II. Distruzione dei leucociti del sangue nella leucemia e nelle gravi anemie. Gumprecht conchiude che i linfociti di diversa provenienza, quando sono al di fuori del corpo, ovvero sotto l'influenza del caldo, degenerano, e vi si nota il processo dell'ipocromatosi: i contorni del nucleo diventano ineguali, la struttura si perde e la cromatina scomparisce lentamente dai nuclei. Dallo stesso processo degenerativo sono colpiti i leucociti in alcune gravi malattie del sangue, specie nelle leucemie e sopratutto nelle forme acute di queste, più raramente nelle anemie gravi.

III. Mancanza del riflesso faringeo e suo rapporto con l'isterismo. Kattwinkel fra 104 stenosi, se ne trovò un'altra, di leggero grado, che

Il contatto di questi con i residui di espetto- sen, ha notato la mancansa del riflesso faringeo in 100; egli deduce che questo segno deve essere considerato come una stigmate dell'isterismo.

Dalle ricerche dell'autore si ricava, inoltre, che la sensibilità della mucosa faringea si comporta allo stesso modo della sensibilità cutanea e che l'assenza del riflesso faringeo, non dipende da una lesione dell'arco riflesso che sta tra il nucleo motore ed il sensitivo nel cervello.

IV. Sulla cara delle tonsilliti acute con le iniezioni parenchimatose di acido fenico. W. Höfer ha visto che questo metodo curativo nelle tonsilliti prodotte dai germi della suppurazione, riesce bene in pratica e sopratutto è efficace contro i disturbi della deglutizione, di cui tanto si lagnano questi malati, mentre agisce sul processo morboso stesso, sulla febbre e sui fenomeni accessori. L'autore fa tre iniezioni al giorno di 1₁2-1 cc. di soluzione di acido fenico 2-8 o[o.

V. Sulla pleurite dei seni. E. Koll descrive una forma particolare, poco frequente, di pleurite secca, limitata esclusivamente all'insenatura anteriore e laterale inferiore del sacco pleurico talvolta anche all'insenatura posteriore.

Questa pleurite, nei casi osservati dall'autore, si manifestava bruscamente, senza causa apprezsabile, con leggera febbre e disordini generali, stanchezza, dolore di testa, mancanza di appetito. Nel quadro clinico dominavano però ienomeni riferibili allo stomaco, dolore epigastrico, rutti, vomito.

All'esame obiettivo, ciò che risultava era la presenza di sfregamento pleurico di dette regioni Questa forma di pleurite resisteva molto alla cura ed aveva tendenza alle esacerbazioni.

VI. Un caso raro di stenosi intestinale multipla, carcinomatosa. A. Brosch riferisce l'osservasione di un uomo di 40 anni, in cui nello epigastrio, due dita trasverse a destra dalla linea alba, si palpava un tumore duro, a superficie ineguale, del diametro maggiore di 4 cm., corrispondente alla regione del piloro.

Lo stomaco non era dilatato. All' autopsia si trovò quanto segue: in primo luogo segni di peritonite da perforazione, che fu la causa immediata della morte.

Lo stomaco era aderente al pancreas, ed in vicinanza della curvatura inferiore presentava una lacerazione, a traverso la quale il contenuto gastrico si era versato nel peritoneo.

Nella parete posteriore dello stomaco esisteva una perdita di sostanza di forma ovalare, del diametro massimo di 7 cm., a margini non ben delimitati, duri e fissi.

Inoltre, a 50 cm., al disopra della valvula di Bauhin, l'ileo, che fino a quel punto si scorgeva notevolmente disteso, appariva bruscamente strozsato. Aprendo l'intestino in questo punto, si trovò uno strozzamento anulare, fatto da tessuto calloso, in cui sui si erano trasformati specialmente gli strati medi della mucosa intestinale.

Sulla mucosa non si nutava alcuna lesione cicatriziale. Circa 50 cm. al disopra di queste interiche ceservate nella clinica di v. Ziems-l'interessava un'ansa dell'ilec. Anche 'qui la parete intestinale offriva lo stesso aspetto che nel punto precedente.

Infine una terza stenosi anulare, di alto grado

esisteva nel processo vermiforme.

L'esame istologico dei margini dell'ulcerazione gastrica, dimostrò trattarsi di carcinoma e del pari i preparati d'intestino, in corrispondenza dei punti stenosati dimostrarono la presenza dello stesso tessuto neoplastico; le cellule cancerigne a traverso la tunica muscolare si erano fatto strada fin nella sottomucosa; la muscolare però non era lesama le cellule neoplastiche riempivano le lacune linfatiche che stanno tra i fasci muscolari.

Senza dubbio in questo caso si trattava di linfo-adenite linfangioite carcinomatosa degli intestini, secondaria a carcinoma gastrico.

De Grania

INGLIGI

Britisch medical Journal, 19 decembre 1896.

I. Una serie di casi di appendicite associati con peritonite generale. Mayo Bobson riferisce il risultato di 20 operazioni, eseguite in casi di appendicite.

Nel maggior numero di volte, l'appendice fu asportata previa legatura; in alcuni casi fu sem-

plicemente lavata la cavità addominale.

In un solo caso l'esito della operazione fu la morte; negli altri casi si ebbe la guarigione.

Molto dubbia è la prognosi di qualunque atto operatorio quando esiste una peritonite generale infettiva; in tali condizioni appunto, l'autore ebbe il caso seguito da morte.

II. Delle norme pratiche sulla preservazione della salute. John Teale dà dei precetti d'i-giene, in quanto alla nutrizione, al modo di vestire, all'uso dei bagni, degli stimolanti, ecc.

III. Alcune osservazioni sulla infiammasione dell'articolazione sacro-iliaca. Iu d g e Balduin dopo aver parlato della letteratura di questa affezione, cita un caso, in cui si aveva raccolta purulenta sulla articolazione sacro-iliaca con necrosi delle ossa. Fu aperta l'articolazione, vennero raschiate le ossa con esito favorevole.

IV. La nutrizione artificiale dei bambini. Andrew Macphail parlando dei vari metodi di conservazione del latte, mostra i vantaggi che offre il latte preparato nei laboratori Walker-Gordon.

V. Un caso di gangrena acuta, trattata col siero antistreptococchico. Ernesto Steele.

In un bambino di un anno e mezzo, il quale presentava nella fronte una sona di tessuto gangrenoso, con infiammasione della pelle ed infiltrasione dei tessuti circostanti, accompagnata da elevasione febbrile e da acceleramento del polso, l'autore fecce una iniezione di 10 cc. di siero antistreptococchico, preparato nel « British Institut of preventive Medicine» di Londra.

Dopo un giorno ripetè l'iniezione.

I fatti locali e generali ben presto migliorarono, fino a che si ebbe guarigione completa.

VI. Un caso di emicefalo. Brayn e Stuck. VII. Due casi di nefrolitotomia. Brooh ri-

ferendo due casi di nefrolitotomia, seguita da esito favorevole, porta l'attenzione su alcuni sintomi comuni.

La sede del dolore più intenso era in un caso nel punto di Mac Burney e nell'altro in un punto corrispondente a questo nel lato sinistro.

In tutti e due esisteva assenza completa dei sintomi classici urinari dei calcoli renali.

Mancava il dolore acuto alla percussione sui lombi.

VII. Su alcune questioni mediche del giorno. Kiallmare riporta un riassunto di una sua conferenza, letta alla Metropolitan Country-Branch.

Egli si occupa specialmenta della deroterapia e dell'uso del fosfato di soda nella malattia di Graves.

IX. Calcolo vescicale. — Harold Hendley riferisce un caso, in cui fu fatta la litolapassi ad un individuo, il quale presentava una cicatrice nel lato sinistro del perineo, per una litotomia precedentemente subita.

X. Consigli sui viaggi per mare degli ammalati. Walter Barber raccomanda l'isolamento e la disinfezione delle cabine ove debbono alloggiare gli infermi di malattie infettive. Indica la cura nel caso di mal di mare.

XI. Convulsioni e flebiti nella rosolia. E du ardo Mackey riferisce due casi di rosolia, in uno dei quali il piccolo infermo fu colpito da coma con stertore, insensibilità della cornea, dilatazione delle pupille, rigidità spastica degli arti, contratture delle dita della mano e del piedo; nell'altro si ebbe una flebita settica con trombosi, nella mano sinistra e nel piede destro.

Ambedue questi casi furono seguiti da morte. XII. Un caso di emorragia fatale cerebrale. Salisbury riferisce un caso di emorragia cerebrale seguita da morte, in un giovane a 21 anno, che era convalescente di influenza.

Greco

NOTIZIE

Nomine di Professori all'estero

Facoltà di medicina di Berlino.

Sono stati nominati liberi docenti i dottori Heinrich Rosin (medicina interna) s Max Laehr (neuropatologia).

Facoltà di medicina di Berna.

E stato nominato professore straordinario di dermatologia il dottor Jadasschn (di Breslau).

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

SCHMARIO. 1. Il progresso medico internazionale. -2. Lavori originali. Manicomio Provinciale di Bergamo. Sopra un caso di acromegalia parziale. Contribuzione edinica dei dott. Marsocchie G. Antonini.-8. Pratica della Neuropatologia. -4. Note di psichiatria. - 5. Chimica clinica. - 6. Giorno per giorno. -7. Spoglio dei periotici.

IL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

Archiv fur experimentalle Pathologie, 22 ottobre 1896.

i. Sei meceanisme delle fermentazioni gas eso nel succe gastrice. — Manfred Bial ha osservato che la condizione per cui talvolta le fermentazioni gastriche, sono indipendenti dalle condizioni chimiche del succo gastrico, risiede nello stato combinato o libero dell' HCl e nella diversa quantità di contenuto in esso di NaCl.

II. Centribute alla concecenza del gruppo dell'aeide filicinico.— R. Beehm completa le conoscenze sui componenti dell'estratto di felce, in cui, oltre alla filicina è stato trovato da Kobert un

L'autore vi trovò un'altra sostanza, l'aspidin, dalla quale ricavò con la cristallizzazione l'albaspidina (O22 H26 O7). Dall'acqua madre della albaspidina ricavo l'acido flavaspidico (Cas Has O⁸), l'aspidinina, l'aspidinolo.

III. L'ammeniaca in patologia. Hallerworden convalida ancora più, che l'NH3 è l'indicatore acido, e che l'aumento di eliminazione di NH³ è indice dell'aumento di eliminazione acida ma non di aumentata produzione di NH³, e comprova ciò, determinando l'eliminazione di NH³ in quattro casi di nefrite cronica diffusa.

IV. Sulla conescenza del fermente essidativo. Julius Pohl. — Se si dà uno sguardo a tutto ciò che è noto sul fermento di ossidazione, si rileva l'esistenza del medesimo dalla possibilità di ottenere delle solus oni acquose ossidanti esenti da cellule, le quali lasciano precipitare l'agente ossidativo, e la cui forza ossidativa viene annullata dal riscaldamento. L'autore descrive un estratto vegetale, che ha azione ossidante, e che non viene precipitato dall'alcool e trovò inoltre nell'amigdalina un corpo, che col riscaldamento inizia od accelera le sintesi ossidative. Una rigenerazione del fermento da una soluzione già usata, come pure l'estrazione del medesimo col noto metodo della glicerina, fu all'autore imposmbile. Stando così le cose e volendo conservare l'espressione di fermento ossidativo, bisogna secondo l'autore fare per lo meno la seguente distinsione: nei tessuti si hanno parecchio forme di ossidazione indipendenti le une dalle alsanti, di cui per lo meno due sono dimostrabili; to della capsula soprarenale non aumenta l'ec-

di essi uno accelera l'ossidazione dell'aldeide della serie degli acidi grassi ed aromatici e l'altro ha grande importanza nella sintesi ossidativa. Tuttavia possono simili sintesi nel regno vegetale, come si rileva dall'attività dell'amigdalina, essere determinate da agenti non simili ai fermenti.

V. Sulle »zioni della scopolina e di alcune scopeleine. Arnold Schiller venne alle seguenti conclusioni:

le scopoleine esaminate e la scopolina, non influenzano contrariamente alla scopolamina nè la pupilla nè la secrezione salivare e non hanno alcuna azione paralizzante sulle terminazioni del vago nel cuore. Esse riattivano incompletamente la depressione prodotta nel cuore di rana dalla muscarina. Poichè si può dimostrare un contemporaneo rinforso e prolungamento della sistole nel cuore di rana normale od avvelenata con rame, così potrebbe riferirsi questa sospensione dell'arresto del cuore prodotto dalla muscarina ad un'azione stimolante delle sostanze e probabilmente ad una eccitazione dei gangli motori del cuore.

In tutte le scopoleine esaminate si notò una azione narcotica sulle rane.

VI. Sul mode di comportarsi di alcuni sempesti di aside salicilice nell'organisme. St. Bondzynski si propose di studiare l'azione di alcuui composti eterei d'acido salicilico, l'etere salicilico, il salicilato d'etilene, l'acido salicilico glicerico ed i prodotti di sostitusione del Ol nei detti composti.

La scissione e l'assorbimento di questi composti furono esaminato non soltanto con la determinazione dell'acido salicilico eliminato con l'urina, ma anche con la ricerca nelle fecce di qualche

corpo non assorbito.

L'autore fece le ricerche su sè stesso ed esaminava l'urina durante le 48 ore seguenti alla somministrazione di ognuno dei preparati di acido salicilico; l'esame delle fecce durava sino a 7 giorni. L'autore venne alle seguenti conclusioni: l'etere salicilico, l'etere doppio uniscido, l'acido salicilico è completamente assorbito nello intestino, e di esso ne compare 91, 8 o nella urina in forma di acido salicilico. Diversamente si comporta l'etere salicilico biacido, il quale in quantità di 19,5-27, 4 ° lo viene eliminato inalterato con le fecce, e 46, 7 ° lo compare nell'urina sotto forma di acido salicilurico. L'assorbimento diviene più difficile nel composto triacido dell'aoido salicilico, nella gliceride trisalicilica, in cui 86, 7 To passa il canale intestinale senza alterarsi e si ritrova nelle fecce, e soltanto 8,7% si constata nell'urina in forma di acido salicilico.

Il composto di clorato dell'acido salicilico sta per il suo modo di comportarsi nell'organismo tra l'etere salicilico ed il gliceride trisalicilico.

VII. Sull'azione degli estratti della capsula seprarenale sui cuore e sulla pressione sanguigna. R. tre, le quali vengono prodotte da diversi fer Gottlieb dimostra con le sue ricerche, che l'estratcitabilità del muscolo cardiaco ma esercita uno stimolo straordinariamente energico sui gruppi gangliari motori.

VIII. L'azione della pilecarpina, dell'atropina e del peptone sul sangue e sulla linfa. Spiro dimostra con le sue ricerche, che sotto l'azione della pilocarpina le alterazioni nello scolo della linfa procedono parallele al modo di comportarsi del sangue e che la pilocarpina appartiene qualitativamente al gruppo dei corpi linfagoghi, quantunque la diminusione dei leucociti (leucolisi secondo L o ewit) fosse così passeggiera, da potere essere facilmente omessa e la linforrea non fosse pronunsiata. Mentre con la pilocarpina la leucocitosi si presenta subito, invece essa coi linfagoghi di primo ordine insorge 24 ore più tardi. Con la pilocarpina la leucocitosi non si accompagna ad un aumento del flusso della linfa.

Anche l'atropina può agire sulla linfa, ma lo autore non può indicare esattamente, quando e come si può ot'enere questo effetto dell'atropina nella quale si ha ciò che si verifica col peptone che non sempre ha la stessa azione sulla linfa.

IX. Sull'azione quantitativa dell'acide cianidrice, dell'arsenice e del fesfere sul ouere di rana isolate. Otto Loewi. — Una quantità di 0,00625 cc. di una soluzione al 2º[o di acido cianidrico, abbassa la frequenza e la ampiezza del volume del polso per contemporaneo rilassamento diastolico del cuore ed incompleta sistole.

L'acido cianidrico, in quantità di 0,0125 della soluzione a 2°Ie, abbassa rapidamente l'ampiezza e meno presto la frequenza del polso; in quantità di 0,5 cc. si ha arresto in diastole del cuore dopo 20 minuti e la frequenza del polso si abbassa rapidamente sin dal principio; si ha arresto in diastole del cuore dopo 12 minuti in quantità di 1 cc.,e molto più presto se è impiegato in quantità 2 cc.; un liquido nutritivo contenente 0,0002°Io di arsenito di sodio, è senza influenza sull'attività cardiaca; se esso ne contiene 0,0001°Io, induce gradualmente un rallentamento diastolico del cuore, se ne contiene 0,0005 causa arresto in diastole del cuore, dopo 1 ora e 3I4, e dopo 50 minuti se la quantità di arsenito di sodio contenuto nel liquido è di 0,002°Io.

Il fosforo paralizza il muscolo cardiaco.

X. Sulle cendizioni dell'insergere della glucosuria in seguito ad avvelenamento per esside di carbonie. Walther Straub viene alle seguenti conclusioni:

una glucosuria per avvelenamento per ossido di carbonio si verifica solo quando l'animale avvelenato ha albumina da decomporre.

L'esclusione di alimenti contenenti albumina fa scomparire la glucosuria.

XI. Aggiunta al metodo per la dimestrazione dell'eliminazione locale di zucchero negli organi, specialmente nel rene. A. Seelig, in seguito alla pubblicazione di C. Goldschmidt (Ueber die Einwirkung von Formaldehyd auf Phenylhydrazin in säurer Locsung) non crede potere aver più

valore il metodo da lui dato per la dimostrazione dello zucchero nel rene (Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol., Bd. 38, 1 u. Heft 2).

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

MANICOMIO PROVINCIALE DI BERGAMO. — SOPRA UN CASO DI ACROMEGALIA PARZIALE. Contribuzione clinica dei dottori S. Marzocchi e G. Antonini.

Nell'estate scorsa, in non dei tanti baracconi che nel tempo di fiera ingombrano le piazze della città di Bergamo, una giovanetta dalla fisonomia gentile ed ilare, piuttosto bellina, eccitava la curiosità ed insieme la compassione del pubblico, facendo speculazione sopra una deformità che nessuno avrebbe potuto sospettare, tanto il suo personale opportunamente mascherato dalle vesti, appariva graziso, snello, dalle proporsioni armoniche.

È dessa certa Emilia N., di appena 14 anni, appartenente a famiglia che per tradizione ha sempre vissuto ed esercitato nei circhi equestri.

Non vi sono precedenti ereditari degni di nota; il padre è morto molti anni or sono, ma non per malattia del sistema nervoso: la madre è sana e piena di attività. La nostra inferma è la secondogenita di 7 figli nati viventi; vi fu anche un aborto.

Due bambini sono morti ancora infanti, ma erano ben conformati; dei cinque rimasti gli altri quattro non hanno imperfezioni. L' Emilia, se si eccettui il morbillo a 6 anni e qualche lieve catarro bronchiale, fu sempre sana.

La deformità che l'affligge è congenita ed è andata progredendo cogli anni. È costituita, come vedremo dall'enorme sviluppo dei piedi e delle mani.

Il carattere della giovanetta è normale, di umore allegro, affettuosa con la madre ed i fratelli; è pubere da pochi giorni senza che la madre abbia notata cambiamenti rilevanti nel suo carattere. Da bambina venne educata in un Istituto di monache ed ha imparato a leggere correttamente e a far di conti; nonostante l'imperfezione della mani riesce a scrivere e a far la calsa.

La gravidanza della madre fu normale, e così pure il parto.

Ma appena venuta alla luce la creatura si accorsero i genitori che i piedi e le mani avevano uno sviluppo aproporzionato, in certe parti e la parti alterate erano precisamente quelle che anche adesso lo sono: la deformità non si è estesa, ma si è accresciuta. Si tentò impedire l'ulteriore sviluppo con fasciature compressive e adatte calxature; ma inutilmente, perchè quelle parti continuavano a crescere in modo sproporsionato al rimanente del corpo.

Un' altra particolarità presentata dalla neonata, era che il volto, le spalle e la parte superiore del petto erano ricoperte da un'abbondantissima pelurie che scomparve poi dopo il primo anno di vita.

Ed ora proseguiamo l'esame delle ammalata, la quale, non guardandole le mani e i piedi, apparisce ben proporzionata, di bel personale e di giusta statura. La testa è conformata regolarmente: i capelli che sono castagno scuri, lisci, abbondanti, le cadono giù per le spalle fino alla cintura.

Le sopracciglia brune, sono arcuate e non molto folte: gli occhi di grandessa ordinaria, vivacissimi, con iride scura, non han difetti nella muscolatura.

Le ciglia non troppo lunghe: la fronte è alta, il naso è regolare, affilato, rettilineo: la bocca è piuttosto piecola: le labbra sottili fanno vedere dei denti bianchi, sanissimi, non grossi, impiantati regolarmente: non mancano che gli ultimi quattro grossi molari. Le orecchie, con lobulo appena sviluppato, hanno inserzione e forma normali. La mandibola, proporzionata alla faccia, e regolare, non prognata e neppure vi è prognatismo del mascellare superiore. Il collo è ben fatto: nessuna prominenza della tiroide o della laringe. La colonna vertebrale non presenta deviazione di sorta nè altra alterazione: normale è pure lo sviluppo del torace e del bacino.

Lo stato della nutrizione e della sanguificazione è buono: lo sviluppo muscolare, eccettuato alle parti deformate, è proporzionato all'età. La pelle che è di colorito giallo terreo, è morbida e fina con rada pelurie alle braccia. Le mammelle sono assai sviluppate: la destra è più bassa della sinistra: il capezzolo guarda in fuori: la distanza fra i due capezzoli è di 164 mm.

L'inferma non accusa alcuna sofferenza e assicura sentirsi benissimo: mai ha risentito dolori agli arti deformati. Dobbiamo dire che ha andatura abbastanza spedita, senza strisciare i piedi: ma nel camminare si osserva che è leggermente claudicante, inclina un poco a sinistra.

Ma in complesso è abbastanza agile e svelta nei movimenti: è mancina e tale anomalia funzionale deve esser derivata dalle coadizioni della

mano destra la quale presenta deformità maggiori della sinistra.

La sensibilità in tutte le sue forme è normale e anzi aggiungeremo squisita anche nelle parti che sono deformate. Anche la pupilla è sensibile e mobile: manca il riflesso plantare cutaneo; quello rotuleo non è molto accentuato. Funzioni del ventre e della vescica normali: non ci siamo accorti che patissero difetto i sensi specifici. I toni cardiaci piuttosto accentuati ma puri e molto superficiali: esame del petto affatto negativo: la percussione fa escludere la persistenza del timo. Le tonsille non tumide sono un poco arrossate: la lingua ha spessore normale; è piuttosto lunga ed è larga alla base: volta palatina conformata normalmente.

Gli arti superiori, se si eccettuano le mani, hanno sviluppo e dimensioni normali come è dimostrato dalle misure che riportiamo. L'alterasione delle mani non è eguale di grado, nè simmetrica nei due arti. A destra il dorso, il pollice, l'indice e il dito piccolo, si presentano normali di sviluppo e proporzionati all'età del soggetto: il dito mignolo, per altro, è un pò più lungo dell' ordinario: sono affusati, con unghie sane, impiantate regolarmente. Anche il palmo di questa mano è normale per dimensioni, ma sembra allungato nella linea mediana per l'allungamento delle prime due falangi delle dita medio e anulare le quali hanno uno sviluppo enorme e hanno trasportato la ripiegatura interdigitale corrispondente per cui il palmo appare allungato. I solchi palmari sono pochissimo sviluppati, così pure la eminenza tenar e ipotenar e ciò certamente devesi ai movimenti limitati che l'ammalata esegue con questa mano. Lo sviluppo patologico di quelle due dita è dato dalle parti molli e scheletriche: vi è anchilosi delle articolazioni interfalangee.

La mano sinistra è tutta più sviluppata anche nelle parti che hanno apparenza normale e che sono il palmo ed il dorso: lo sviluppo è più nel senso della lunghezza che in larghezza. Delle dita, il solo pollice non è deformato, sebbene sia più lungo di quanto dovrebbe essere: ma bisogna tener conto che la bambina è mancina e si serve quasi esclusivamente di questa mano. I solchi palmari sono bene accentuati e a tipo normale: la eminenza tenar e ipotenar hanno sviluppo ordinario. Le altre dita, che sono ingrossate in tutte le loro parti, ossee e molli, non raggiungono il volume delle due dita ipertrofiche di destra: sono a spatola; il medio è arcuato verso l'anulare: le

unghie sono sane, senza striature, con impianto normale, piuttosto larghe.

Il torace non presenta alterazioni scheletriche: anche il bacino sembra normale, come pure normale è l'incavatura lombo-sacrale.

Gli arti inferiori in complesso hanno lunghezza normale: ma le gambe hanno uno sviluppo maggiore delle cosce. Sono poco affusate e più grosse di quanto dovrebbero essere proporzionatamente e l'ingrossamento sembra dovuto più alle ossa che alle parti molli. Le tibie diritte non presentano asprezze; i femori hanno la curvatura ordinaria.

Gli arti, così ad occhio, sembrano di eguale lunghezza, considerati nel loro insieme, ma non lo sono ne' singoli segmenti, poichè le due gambe, come le due cosce non sono di eguale lunghezza fra loro, come è dimostrato dalle misure che riportiamo.

I piedi sono enormemente sviluppati: il destro in toto meno il calcagno: per altro il quarto e quinto dito di questo piede sono atrofici e appena si scorgono essendo ricoperti dal tessuto connettivo delle parti vicine: non vi si distinguono le tre falangi. Il dorso e la pianta hanno cuscinetti adiposi sviluppatissimi: la cute e il cellulare del dorso sono pastosi, sembrano edematosi. Le prime tre dita hanno dimensioni addirittura spropositate.

Il piede sinistro non raggiunge il volume del destro: manca quello sviluppo del cellulare del dorso per cui l'ossatura rimane visibile: anche il cuscinetto plantare è meno sviluppato e la pianta dal calcagno alla linea dei metatarsi rimane di apparenza normale. Il quinto dito è piccolissimo ma non è atrofico; il quarto è un poco più grosso del normale, ma forse ciò è dovuto allo sviluppo delle parti molli. Anche in queste due dita non si distinguono bene le tre falangi. Il pollice è normale o presso a poco: il secondo e terzo dito sono enormemente ingros- dei metacarri: sati. Per ciò il piede sinistro, per il grado della alterazione e numero delle parti colpite, ripete presso a poco la disposizione che si osserva nella mano destra, con la differenza che invece del quarto è il secondo dito che è colpito insieme al terzo. Le unghie tanto delle dita di destra quanto di sinistra, sono sane, senza screpolature, ed hanno colorito normale: dita ipertrofiche sono lateralmente circondate e in parte ricoperte da cercini carnosi. Meno i pollici, le altre dita che sono Arti inferiori: ingressate sono piegate a martello e ciò deve esser derivato dalle calzature strette che l'amma-

またないできているとは、 大きなないというできるいと

lata ha portato un tempo per impedire lo eviluppo di quelle parti. Non abbiamo esaminato gli organi genitali, ma ci ha assicurato la madre che sono confermati normalmente e bene sviluppati: il pube è ricoperto di peli. Antropometria. - Statura: metri 1,49. Grande apertura delle braccia 148 172 cm. Testa: circonferenza: 485 mm. Semicurva anteriore: 245 mm. posteriore: 240 Curva antero-posteriore: 276 biauricolare: 275 Diametro trasverso massimo 140 antero-posteriore: 168 Indice cefalico 88,3 Faccia: Altezza della fronte: dalla glabella al mento: 106 > Diametro bisigomatico: 122 Orecchie: lunghezza: D. 50 — S. 50 larghessa > 29 — > 29 Arti superiori: Dall'acromion all' olegrano D. 280-S. 290 mm. dall'olegrano alla testa del cubito > 217--- 217 > Circonferenza del braccio: > 190---> 196 del polso > 150→ 150 > Mano dall'apofisi stiloide del radio alla punta del dito medio D. 210-S. 192 mm. indice » 159--- 160 » del dito pollice · --- 118 · Dalla testa del cubito alla punta del dito anulare D. ——8. 166 • minimo > Lunghezza delle dita in flessione sui metacarpi Pollice D. 56 mm. Indice Medio 180 110 116 105 Anulare Minimo 77 88 Larghesza della mano nella linea superiora D. 82-- S. 85 mm. > 25---> 80 > Spessore del palmo: Circonferenza delle dita alla base:

Dito modio: D. 80—S. 60 mm. 60 indice anulare 79---58 > Circonferenza delle dita a livello della falangina: Dito indice: ---8. D. 55 mm. medio: 80-66 anulare 68--> 60 Dal trocantere alla testa D. 850-S. 360 mag. del perone

Dalla testa del perone

al malleolo esterno: D. 860—S. 840 mm Circonferenza della coscia a 10 c. sopra il margine della rotula D. 880—S. 880 mm. Gamba: circonferenza massima al polpaccio

D. 290—S. 290 mm.

al di sopra dei malleoli > 205—S. 198 mm.
 Piedi: Lunghessa dal calcagno alla punta dell'alluce
 D. 825 — S. 225 mm.

> 2° dito > 225 -- > 800 > 3° > 280 -- > 310 >

Circonferenza massima del piede in corrispondenza della testa dei metatarsi D.830-S. 250 mm.

Larghessa a livello della

base del dito piccolo > 109—S. 96 >

Spessore massimo preso col

compasso: > 89--> 62 Circonferenza del pollice > 150--> 70

Circonferenza del pollice > 150--> 70

del 2º dito > 100--> 100

→ 8° → → 100→ 100

Lunghezza presa dal solco interdigitale dal 1º dito D. 68 — S. 85 mm.

• 2° • • 65 — • 63

30 • 48 — • 65

40 > 16 -- > 21

Distanze tra le due spine iliache anteriori 278 mm. (Continua)

NEUROPATOLOGIA

Sulla parallei bulbare astonica o maiattia di Erb.-Grazie ai lavori di Erb, Oppenheim, Goldflam, Strumpell, Jolly, Murri, Grocco, ed altri, le nostre conoscense cliniche sulla paralisi bulbare astenica hanno fatto un notevole progresso. Oggi noi conosciamo bene non solo il complesso sintomatico della malattia, con tutte le sue particolarità, ma anche il decorso; in modo che la diagnosi non offre più grandi difficoltà. Molto scarse sono invece le nostre notizie sulle lesioni anatomiche che costituiscono il fondamento della malattia. E noto che in alcuni casi tipici, non si è trovata alcuna alterazione né nei muscoli, në nel sistema nervoso, malgrado il più accurato esame microscopico. Nondimeno la questione della sede e della natura del processo morboso, dice il Kojewnikoff (Deutsche Zeitschrift far Nervenheilleunde, B. 9, H.S. v. 4, 1896), può essere risoluta tenendo conto soltanto dei fenomeni clinici e del decorso della malattia.

Le opinioni degli autori, a questo riguardo sono varie. Così Wilks riguarda il suo caso come un caso d'isterismo; Erb, che per primo ricanebbe questa malattia come una forma autonoma, ne parla come di un complesso sintomatico nuovo, probabilmente bulbare; Oppenheim descrisse il suo caso con la denominazione di pa-

ralisi bulbare senza reperto anatomico; Gold flam chiamò la malattia un complesso sintomatico paralitico bulbare guaribile; Strümpell propone il titolo di paralisi bulbare astenica. Jolly, partendo dal concetto che, almeno in una parte dei casi, le lesioni anatomiche hanno avuto sede nei muscoli, propone il nome di miastenia pseudoparalitica. Murri, per non pregiudicare in alcun modo la patogenesi della malattia, la denomina malattia di Erb, e Grocco malattia di Erb e Gold flam.

Dal lato clinico, i casi tipici noti di paralisi bulbare astenica, presentano fra di loro grande analogia; vi si notano però alcune differenze : così in taluni casi lo stato nutritivo dei muscoli rimase prossoché normale e corrispondentemente a ciò, l'esame elettrico non dimostrò alcuna anormalità; in altri casi, invece, esisteva atrofia muscolare e modificazione dell'eccitabilità elettrica, almeno diminuzione quantitativa della medesima (atrofia muscolare degenerativa e reazione degenerativa non sono state osservate ancora nella malattia di Erb). La sensibilità, in parecchi casi è stata trovata perfettamente integra; in altri si sono avute parestesie e dolori. Anche il decorso della malattia non sempre è lo stesso: talvolta essa si sviluppa molto rapidamente: l'inizio è brusco e l'esito è la guarigione o la morte; oppure l'inizio non è bene determinato, il decorso è estramamente lento, e malgrado vi sieno delle oscillazioni, non si ha mai la guarigione completa, anche temporanea. Queste diversità nei fenomeni clinici fanno supporre che debbano esistere differenze anche nelle alterazioni anatomiche; e se il processo morboso è unico, le differenze debbono dipendere della diffusione e dal grado del medesimo.

In quanto alla localizzazione del processo, esso, secondo Kojewnikoff, ha sede, per quanto si può giudicare dei fatti clinici delle cellule della sostanza grigia centrale e sopratutto in quelle che sono il punto di partenza dei nervi motori. Sicchè il processo comincia talvolta nella sezione superiore di questa sostanza grigia, ed allora la malattia si manifesta con disordini da parte dei nervi motori dell'occhio; in altri casi il processo si localizza in principio nella sezione media della sostanza grigia centrale, ed allora si verificano disordini della masticazione, disordini nei rami superiori del facciale e sintomi bulbari nel vero senso; in altri casi ancora, la malattia si manifesta con debolezza dei muscoli del tronco e delle estremità, il che è indizio che la lesione ha sede nella sezione inferiore, cicè nella porzione spinale della sostanza rigia. Ma nella massima perte dei casi il processo morboso, iniziatosi in un punto qualsiasi della sostanza grigia, si diffonde in seguito alle altre parti, in modo che alla fine i disordini motori asspmono una grande estensione. Per lo più il processo morboso si limita agli elementi motori, ma a quanto pare è più o meno possibile la sua diffusione ad altri elementi nervosi, ed in tal caso compariscono altri sintomi, riguardanti le sensibilità, le secrezioni, ecc.

Quali alterazioni intanto degli elementi nervosi

stanno a base della paralisi bulbare astenica? Già i fenomeni clinici ed il corso della malattia fanno credere che non ci possiamo attendere lesioni molto gravi in questi elementi come degenerazione od atrofia completa delle cellule nervose; ed infatti in tutti i casi tipici l'esame microscopico non ha fatto trovare alcuna lesione nelle medesime. Non v'ha alcun dubbio che alterazioni debbano esistere, ma esse non sono ancora accessibili ai nostri mezzi d'indagine. Nondimeno, dice il Koje w niko ff, noi qui dobbiamo aspettarci alterazioni più importanti che in altre nevrosi, ad es.: l'isterismo. Infatti i fenomeni clinici della paralisi bulbare a tenica, quantunque vadano soggetti a continue variazioni, sono più stabili dei fenomeni clinici dell'isterismo. In molti casi i fenomeni morbosi regredirono per ricomparire dopo un certo tempo nella medesima efera, il che prova che gli stessi elementi nervosi vengono una seconda volta colpiti. Nello stesso tempo l'osservazione insegna che in diversi casi esistono differenze graduali nel processo morboso, come lo prova, ad es: il diverso modo di comportarsi del trofismo muscolare.

Non è improbabile che in taluni casi queste alterazioni possano raggiungere un'altezza tale, da diventare manifeste. Secondo Koje wnikoff, la paralisi bulbare asteni :a è atta a rappresentare meglio di qualsiasi malattis, il passaggio graduale dalle lesioni molecolari alle lesioni anatomiche reali, e sotto questo punto di vista quella malattia ha uno speciale interesse scientifico. In favore di questa idea parlano da una parte parecchie esservazioni cliniche dall'altra alcuni reperti anatomici. Nel caso di Mayer le cellule del nucleo dell'ipoglosso erano quasi tutte normali, integre pure le corna anteriori del midollo spinale e le vie piramidali; invece era lesa la sezione intramidollare delle radici anteriori, come pure della radice dell'ipoglosso. Sicuramente esisteva un'alterazione della guaina mielinica nelle dette vie nervose; non fu stabilito fino a che punto i cilindrassi partecipassero al processo morboso. Ora nasce naturalmente il pensiero che le lesioni trovate nelle fibre radicolari sieno conseguenza di disordini nella influenza trofica delle cellule norvose corrispondenti, malgrado che queste sieno state trovate pressochè integre.

Nella presente memoria il Kojewnikoff riferisce due casi, di cui il primo è perfettamente tipico; il secondo presenta alcune particolarità che lo distinguono dagli altri casi e che consistono in disordine della vista e del gusto. La forza visiva è diminuita in modo costante e la retina presenta facile esaurimento. Pure facilmente si stancano i muscoli estrinseci ed intrinseci dell'occhio. In quanto al gusto, l'ammalato distingue, ma imperfettamente i sapori, e nello stesso tempo presenta rapido esaurimento della funzione gustativa, così come succedeva per la visiva.

Un'altra particolarità di questa osservazione è che esisteva atrofia degenerativa spiccata dei muscoli della lingua e del palato. In essi non selo l'eccitabilità elettrica era diminuita, ma le contrazioni erano torpide e la OChtn prodomi-

nava sulla CChCa. Nei muscoli del palato molle l'eccitabilità elettrica era quasi del tutto abolita.

Un'ultima particolarità è la presenza di zucchero nell'urina, il che forse indica che il processo morboso si era esteso a quella zona bulbare, la cui lesione, come è noto, ha per conseguenza la glucosuria. In tutto il resto questo caso era id-ntico ai casi finora osservati. De Grazia

Un case di emistrefia facciale progressiva.—Hama Wolff porta un contributo casuistico all'atrofia emilaterale progressiva della faccia, di cui sono noti, secondo Strümpell 80 e secondo Lewin 70 casi.

Il caso riferito dall'autore riguarda un ragazzo dell'età di 15 anni ed esso è atto a far ritenere la patogenesi neurotica di questa malattia. L'autore però lascia indiscussa la questione se i sintomi, da lui notati, in questo caso dovessero la loro origine a trofonevrosi o ad angionevrosi; però egli fa rilevare, che a favore della oredenza di una affesione del simpatico depongono la dilatazione della pupilla destra e la forte pigmentazione nel territorio atrofico, la quale ultima si ha nel morbo d'Addison, che dipende, come è noto, da una affezione del simpatico addominale (Münchener medic. Wochenschr, n. 1, 1897). Scagliosi

NOTE DI PSICHIATRIA

Differenza tra iliusiene, atiucinaziene e delusiene. Brown Irwin. — Nella maggioranza dei casi di alterazioni della psiche, noi ci troviamo in presenza di tre fenomeni, che spesso vengono confusi dai medici; essi sono le illusioni, le allucinazioni e le delusioni.

Intendesi per illusione una falsa percezione di una impressione sensoriale reale.

Nelle illusioni, gli oggetti, che eccitano i nostri sensi, appaiono al paziente con caratteri del tutto differenti, da quelli che realmente possiedono: però, per aversi l'illusione, c'è bisogno sempre della presenza di un corpo, sia all'esterno che nell'interno dell'organismo, il quale ecciti i sensi dello infermo.

In questo caso, le vie di senso sono integre e trasmettono bene al cervello l'impressione ricevuta; questo però, essendo ammalato, interpreta erroneamente tale eccitazione.

Sono piuttosto frequenti gli esempi di false percezioni, di eccitazioni dovute alla presenza di oggetti estranei al nostro organismo.

L'Irwin, cita, ad csemplo, il caso di un infermo, il quale, quando stava sul letto, credeva di scorgere, nel ventilatolo, le semblanze di suo padre.

Come esempio, inoltre, di eccitazioni provenienti dal nostro corpo, erroneamente interpretate da un cervello ammalato, riferisce il caso di un paziente, il quale soffriva di dispepsia e credeva di avere un serpe nello stumaco.

Le allucinazioni sono delle false percezioni, senza alcuna base materiale.

Esse sono delle vere creazioni del cervello, dovute ad uno stato del tutto anormale, simile alle illusioni, che si possono riferire a tutti i sensi, ma più frequentemente sono delle false percezioni acustiche e visive.

Alcuni autori ritengono che le allucinasioni acustiche siano un segno grave di demenza, più funeste delle visive e, per spiegare questo fatto, adducono la ragione che le prime si hanno più frequentemente nelle forme croniche, le seconde nelle acute.

Come esempio di questa alterazione mentale, si possone citare tutti quei casi, in cui i pazienti sentono voci di spiriti invisibili e conversano con amici o nemici immaginari.

Le cause delle illusioni e delle allucinazioni, possono essere: la inegnale circolazione cerebrale; l'avvelenamento del sangue, (per alcool, oppio, ecc.); uno stato generale di snemia; lo stato di esaurimento, prodotto sia da emorragia, febbre, ecc.; e qualunque causa la quale aumenti la irritabilità dei nervi sensitivi.

Le delusioni sono false credense; il pasiente, in questo caso, accetta, come un fatto reale, una sua falsa percesione.

Ogni conclusione erronea non deve però esser chiamata delusione; perchè gli errori nel giudizio nascono da una conoscenza imperfetta e da una cattiva logica e da premesse imperfette, ma non assolutamente false; nelle delusioni, al contrario le premesse sono false, quantunque il ragionamento possa essere esatto.

Vi sono degli infermi, che non manifestano, con parole, le delusioni; ma i loro atti ed il loro aspetto svela il disordine mentale; ciò avviene frequentemente nei melanconici.

L'origine delle delusioni è molto simile a quella delle illusioni e delle allucinazioni; le cause che le determinano, possono risiedere o nel cervello stesso od all'esterno.

Le delusioni, infine, possono essere distinte, secondo la loro natura, in: depressive ed espansive, temporanee e permanenti, passive con tendensa all'azione ed attive con tendensa alla viclensa (*The Medical and Surgical reporter*, 21 novembre 1896).

Greco

CHIMICA CLINICA

Sai metedo di Krüger-Wuiff per la determinazione dei cerpi allexurici. Hans Maifatti. — Le pubblicazioni dei risultati da B. La que ur col metodo di Krüger-Wulff scosse la fiducia in quest'ultimo, ma l'autore non credendo giuste per la sua esperienza le accuse mosse a questo metodo di determinazione dei corpi alloxurici, comunica risultati avuti dalle sue ricerche.

L'autore usò il seguente processo, che determina contemporaneamente la quantità di acido urico.

Da 200 cc. di urina faceva egli precipitare

l'acido urico e le basi di xantina, secondo il precetto di S a l kowski-L u d wi g con una soluzione ammoniacale di argento con l'aggiunta di mistura di magnesia; il precipitato veniva raccolto sul filtro, lavato con pochissima acqua e decomposto con la nota soluzione di solfuro di potassio. L'acido urico ottenuto da questo filtrato, dopo l'aggiunta di acido cloridrico, veniva raccolto su di un piccolo filtro di cotone e pesato con tutte le precauzioni.

Il filtrato cloridrato conteneva le basi di xantina solubili nell'acido cloridrico forte, e se ne determinava il contenuto in azoto, secondo K j elda hl. A questo scopo, per togliere anzitutto l'HCl eccedente, si lasciava evaporare sino a secchezza a bagno-maria e poi si versava dell'acqua in eccedenza, si aggiungeva della magnesia asta e si faceva evaporare, per eliminare ogni traccia di ammoniaca.

Il residuo, ancora umido, veniva sciolto in acido solforico puro, allungato e portato in una storta di Kjeldahl.

L'H_aSO, necessario per l'operasione veniva usato anche per lavare la capsula.

L'acqua eccedente veniva cacciata dal la storta con una fiamma debole e poi si riscaldava fortemente.

La completa distruzione di ogni sostanza organica era indotta nel seguente modo, che nell'acido solforico tinto in bruno si aggiungeva una soluzione concentrata di permanganato di potassa e si riscaldava di nuovo.

Questo piccolo mutamento conduce, secondo il modo di vedere dell'autore, anche nell'esecuzione delle determinazioni col metodo di Krtiger-Wulff, più presto allo scopo che non il processo proposto da J. W. Gunning.

L'ammoniaca così formatasi veniva spinta non con la semplice distillazione ma per mezzo di una corrente di vapori d'acqua nel recipiente. A ciò serviva l'apparato dato da Ludwig per la ricerca dell'ammoniaca nell'acqua potabile.

In questa maniera veniva determinato la quantità di acido urico dal peso e le basi di xantina contenute nel precipitato determinato dall'argento dal cortenuto in azoto.

Contemporaneamente si ha la quantità dei corpi alloxurici ed il loro contenuto in azoto deve concordare con quello trovato nella stessa urina col metodo di Krüger-Wulff.

Per provare ciò fu eseguita dall'autore la determinazione dell'azoto dei corpi alloxurici in una serie di urine provenienti da persone sane ed ammalate (leucemis, artrite urica deformante, ittero, sospetto di carcinoma).

L'autore osservò quale valore med o delle oscillazioni a favore del suo metodo 0,87 mgr. di azoto su 100 cc. di urina; le eccedenze positive più alte erano 8,6-8,7 e 8,9 mgr.

La causa degl'insuccessi, che sono stati notati da parecchi autori, risiede secondo l'autore, nella relativa sensibilità del metodo K r ti g e r Wulff per il contenuto in sali dell'urina con reazione acida.

Sicche, per ottenere col metodo di Krüger-

Wnlff giusti i risultati è bene badare, che l'urina da esame non foese troppo concentrata e nel caso che la miscela reattiva avesse reazione fortemente acids, diminuire un pò questa ultima con l'aggiunta di potassa caustics.

Poiché allora, il precipitato che si forma, è maggiore; così è bene fare durare più a lungo la lavatura del medesimo ed aggiungere all' acqua, che serve a tale scopo, un pò di bisolfato di soda.

In ultimo risponde a Laqueur, che l'aumentata formazione ed eliminazione dei corpi alloxarici senza contemporaneo aumento dell'eliminazione di P₂O₅ non può essere riguardata con sicurezza come dovuta ad aumentato sfacelo della nucleina; poichè è noto con quale prontezza il P₂O₅ si elimina, quando vi sia veramente una distruzione nucleare, ed inoltre perchè, quando si ha forte e duraturo aumento dell'eliminazione dei corpi alloxurici, non si trova corrispondentemente un aumento di P₂O₅, in guisa che non si può sffatto ammettere un nesso causale tra corpi alloxurici e P₂O₅. (Centralblatt f. innere med. n. 1, 1897).

Scagliosi

NOTE DI PRATICA MEDICA

Vergiate (Milano), gennaio 1897

Una epidemia d'infezione billare primaria.

Quantunque altri più autorevole di me abbia scritto nelle colonne di qualche autorevole periodico intorno all'ittero epidemico (per cui l' opera mia nulla di nuovo potrà portare al contributo etiologico degli itteri primitivi) pure trattandosi di affezioni così accuratamente studiate, specie in quest'ultimo decennio, stimo prezzo dell'opera descrive brevemente un' epidemia d'itterizia occorsa la scorsa estate nella mia condotta e prima ancora di quella che ebbe ad osservare il chiaro D.r. Anarim borsi di Foligno e descritta secondo lui la prima volta in Italia nella Gazzetta degli Ospedali. E' anche per questa seconda ragione che volli, prima del tempo divisato pubblicare le mie csservazioni.

Il Kelsch nel suo lavoro «De l'ictère catarrhal» formulava le seguenti proposizioni:

L'ittero catarrale sporadico od epidemico è una malattia specifica infettiva.

Il suo agente si sviluppa fuori dell'organismo. I focolai di tale agente sono i luoghi paludosi, le fosse putride, il suolo ricco di materie vegetali od animali e da ultimo le acque che tengono in sospensione tali materie.

Questi focolai d'infezione, essendo comuni con la malaria, la infezione tifica spiega la coincidenza spesso constatata di epidemie d'ittero, di febbre malarica e tifoide.

Tale teoria batterica degli itteri, per quanto influenza da me pure illustrata riguardo a qualabbia una grande importanza non deve certamente abbattere l'altra, tossica, caldeggiata dal glio dire successione, non mi sembra priva di Chauffard per la quale l'asione fisica dei vari qualche interesse. Il Peacock, nell'epidemia di

microrganismi viene messo in seconda linea di fronte a quella chimica dei prodotti del loro ricambio. Per questo fatto si viene a legare l'ittero primitivo ad un' intossicazione epatica, nel più dei casi, d'origine intestinale. Ed infatto la ghiandola epatica si può benissimo paragonare ad una cellula unita per mezzo d'un canale escretore al tubo intestinale, per cui non v'ha dubbio che essa cellula non debba in certo qual modo partecipare alle vicissitudini patologiche del canale enterico.

Ma ammessa la genesi tossico-infettiva od infettivo-tossica delle itterizie protopatiche e, per conseguenza, la presenza di micrcbi, nasce subito la domanda: donde giungano questi virus organizzati. se le vie biliari e la bile cistica non contengono germi all'infuori dell'ultima porzione del duodeno, in altri termini, come può lo stato asettico normale delle vie biliari far posto all' infezione da parte di agenti patogeni, o dalla circolazione sanguigna passare nella bile? E a questo punto la navicella delle nostre odierne conoscenze di fisio-patologia si trova davanti allo sogdio e nella disamina dei fatti etiologici cadiamo in scilla per evitare cariddi.

Per quanto oggi si voglia dare grande importanza al bacterium coli, che tenne trovato ospite abituale del duodeno da Duclaux e Netter non devesi passar sotto silenzio che molti altri germi albergano nel duodeno e che per condisioni speciali spesso ignote, possono varcare la frontiera che separa la zona canalicolare asettica dalla intestinale infetta, producendo infesioni biliari nelle loro reazioni infiammatorie. Quindi, pure ammettendo di aver acquistato terreno negli studi fisiologici delle infezioni biliari, come puossi rilevare dallo spiendido lavoro del clinico di Perugis, io suppongo con altri, che il microbio, introdotto nell'organismo e giunto alla cellula epatica, sia dall'ambiente esterno (acque potabili, emanasioni putride, fogne etc.) sia dall'intestino (radici portali) questo grande laboratorio delle più complicate decomposizioni proteiche, e dal fegato poi eliminato per le vie biliari possa, e per azione meccanica, e per asione chimica destare un angiocolite radicolare, più o meno grave', a seconda della predisposizione, della costituzione e delle condizioni di vita in cui si trovano i singoli individui. Di qui la classificazione degli itteri dal più semplice o catarrale al grave (morbo di Weil) e gravissimo (atrofia gialla acuta del fegato).

Premesse queste notisie, entrerò a parlare brevemente della parte pratica. Noto ansitutto che l'epidemia si avolse in paese di collina dove, per la natura del terreno, fu possibile il ristagno delle acque di rifiuto e la formazione di focolai con emanazioni putride. L'acqua potabile per altro è di buona qualità, derivata non dal sottosuolo ma delle sorgenti delle attigue colline. Noto incidentalmente che i parecchi casi osservati seguirono quasi subito ad una grave epidemia di influenza da me pure illustrata riguardo a qualche forma anomala, e tale coincidenza, o per meglio dire successione, non mi sembra priva di qualche interesse Il Descock pull'apridomie di

influenza del 1847 in Londra osservò una colorazione itterica più o meno intensa della pelle e logici sarà un giorno meno discussa di quello delle mucose. In ogni singolo caso non vi fu un apparente causa, gli ammalati negavano di aver abusato nel mangiare e nel bere. S'gui un periodo preitterico caratterizzato da inappetensa, nauses, tendenza al vomito, cefalea e una stanchezza muscolare considerevole a cui seguirono le note spiccate della malattia: itterizia, brachicardia, febbre modica in alcuni pasient i, dolentia 'all' ipocondrio destro senza un appressabile aumento del fegato e della milsa. Ho voluto ricercare attentamente le alterasioni dell'urina e da questo studio, notai al primo apparire dell'ittero, spiccata la reasione dell' urobilina. Questo fatto devesi (Patella) a ciò, che l'epitelio renale in primo tempo non passando gran copia di bilirulina, la riduce in urobilina. Non trovai in alcun caso albumina, tranne in una donna grawida che mori. Per l'esame tenni calcolo delle canse d'errore citate dal Grocco e seguii il suo metodo, addisionando cioè il 1,50 d'acido acetico concentrato con l'urina raffredandola e esaminando poi il filtrato con i comuni metodi d'esame. Non mi fu dato di osservare che in un solo pasiente, alla fine del periodo preitterico una vera poliuria sulla quale Chauffard richiama l'attenzione dei clinici.

L'epidemia si svoise nei mesi di luglio e agosto e le condizioni igieniche del paese erano, malgrado le pioggie continue, buon: . I colpiti furono tutti di età giovane e nessuno, all'infuori di una donna gravida, mori.

Iu questa fu il fatto stesso della gravidanza che aveva alterato la permeabilità del filtro renale, la forma prese un andamento grave sotto il quadro dell'itterizia pleiocromica, con vomito e diarrea biliare, ittero intenso, febbre elevata, coma, fegato e milza ingrossati, albume nell'arina. La paziente moriva all'8 giorno di malattia, dopo essersi sgravata facilmente.

Come si può ben comprendere, questa epidemia d'itterizia si svolse in condizioni eguali a quelle citate da Klebs: Ma quando tali epidemie si svolgono in condizioni igieniche buone, come spiegare l'eziologia? E qui ripeto, le nostre cono scense sopo ancora avvolte nell'oscurità. Intanto il fatto stesso dello stabilirsi dell'ittero in modo lento con un periodo preitterico, esclude il fatto dell'ostruzione del coledoco con zaffi di muco per diffusione di un processo catarrale gastro-duodenale. La teoria meccanica dell'ittero con le nostre vedute batteriologiche recenti, deve essere bandita come momento eziologico e, come giustamente osserva il Pick il classico turacciolo di muco nel coledoco è un fenomeno così poco classico e cosl poco patognomonico, che lo si trova pure in soggetti i quali non presentarono invece mai itterizia. Di più, non è vero che il coledoco sia impermeabile nell'itterizia; e la rapidirà con la quale esso ittero insorge dopo un accesso di colica epatica, prova come la teoria meccanica non

Resta quindi più consentanea con le odierne idee fisio-patologiche, la teoria infettivo-tossica

che per le continue esperienze e studi batterio. che non lo sia nello stato attuale della scienza. dott. Aurelio Germani

GIORNO PER GIORNO

La fotografia del pensiero. - Secondo alcuni fisio-psicologi, le sensazioni esterne di colore o di forma, verrebbero a fissarsi nei centri sensitivi del cervello con impressioni permanenti, come quelle sensasioni che sulla retina danno una immagine temporanea.

Partendo da questa ipotesi Allison-Hodges di Richmond, propose di fotografare le immagini cerebrali, trapanando il cranio, e prendendo con la luce artificiale una istantanea microfotogrofia.

Hodges è alla ricerca di un negro o di un delinquente che voglia prestarsi a questa fantastica fotopsicologica (La Mèdecine Moderne, n. 102, 1896).

Congresso per la riproduzione in Francia.—A Parigi, in questi ultimi giorni, si è aperto un congresso per proteggere ed accrescere la popolazione.

Lavasseur, ha detto in quella riunione, che ha lo scopo di arrestare il fenomeno dello spopolamento : l'estendersi del male è grande, perché nello spasio di 100 anni l'aumento annuale dei nati e dei morti è per 1000 abitanti di 12 in Germania, di 18 in Inghilterra, 8 in Italia, 7 in Austria, e 2 soltanto in Francia.

Andando di questo passo, e se in Europa la popolazione raddoppis, in 50 anni la Russia avrà verso il 1950 più di 220 milioni di abitanti, la Germania più di 100 e la Francia appena 40.

In 14 anni, soggiunge Bertillon, se la decrescenza continua, la Germania avrà 10 volte più di coscritti della Francia (Lyon medical, n. 51, 1896).

A che cosa può servire un lipoma - Una canzonettista di caffe concerto, affetta da mastite interstiziale con adenoma si fece operare dal prof. Cserny di amputazione della ghiandola mammaria.

La vaga canzonettista era di forme retondeggianti e la differenza di volume dai due lati del seno, dopo l'atto operativo, era difficile a a mascherarsi ai binocoli scrutatori del pubblico mascolino.

Fortunatamente essa aveva un lipoma alla regione lombare.

Ozerny ebbe una felice idea: tolse il lipoma, e lo trapiantò nel sito della mammella asportata.

Otro giorni dopo, la sutura era cicatrizzata stupendamente; un anno dopo, il lipoma non era aumentato di volume, e aveva assolutamente la grossezza e l'aspetto della mammella del lato

Pollaci

SPOGLIO DEI PERIODICI

FRANCESI

Sul meccanismo dell'immunità per i sieri antitossici. Calmette e Delorme, in base ad una serie di esperienze, affermano che il siero degli animali refrattari ad alcune tossine non microbiche (abrina e veleni di serpenti) non possiede che raramente proprietà antitossiche rispetto a queste tossine.

Il pollo, per es., e la tortora resistono a dosi fortissime di abrina, e nondimeno il loro siero è totalmente inattivo per l'abrina. Si ha qui lo stesso fenomeno che si osserva a proposito delle tossine microbiche: così V a i l l a r d ha constatato che il pollo, refrattario al tetano, dà un siero inattivo sulla tossina tetanica. Quando il siero degli animali refrattari è antitossico, il potere antitossico è sempre pochissimo sviluppato. Non vi è dunque relazione tra lo stato naturalmente refrattario che possiedono certi animali e il potere antitossico dei loro umori.

Gli animali refrattari, a sangue caldo, possono produrreantitossine quando si iniettino ad essi dosi ripetute, non mortali di tossine: nelle stesse condizioni, gli animali refrattari a sangue freddo

non producono antitossine.

Gli animali refrattari a sangue freddo, come la rana, possono acquistare l'immunità contro dosi mortali di tossine, senza che il loro siero diventi antitossico.

I sieri antitossici (per l'abrina e per il veleno dei serpenti) possono essere utilizzati praticamente per dare l'immunità passiva all'uomo e agli animali contro l'abrina e contro i veleni dei serpenti, e per la diagnosi delle tossine.

Il siero antiabrico possiede un'asione preventiva molto accentuata quando è applicato localmente sulle mucose, e questa propri-tá può permettere il suo uso in terapia oculistica.

La sostanza attiva dei sieri antitossici non è modificata dai raattivi chimici che distruggono p alterano profondamente le tossine: come pure essa non altera le tossine quando si mescoli con esse in vitro.

Questo principio attivo sembra esistere normalmente in grande abbondanza nel protoplasma dei leucociti degli animali vaccinati, e da questo punto si diffonde nel siero sanguigno e in altri liquidi organici; esso non passa per dialisi attraverso le membrane ed ha la proprietà di agire energicamente sui leucociti degli animali non immunizzati, allo stesso modo dei sieri preventivi antimicrobici.

Diverse sostanze sprovviste di qualunque azione specifica sulle tossine, come il brodo di carne, il siero normale di bue e alcuni sieri d'animali vaccinati contro diverse infesioni o intossicazioni, possono manifestare proprietà preventive, iniettate in animali non immunizzati.

Riassumendo, secondo gli autori, l'immunità degli animali naturalmente refrattari, allo stesso modo della immunità acquisita, non deve essere attribuita alla presenza, nei sieri degli animali refrattari o vaccinati, di una sostanza chimica che abbia la proprietà di distruggere o modificare le tossine.

Riguardo poi alla questione, se questa sostanza preventiva dei sieri degli animali vaccinati esista realmente, e se il potere preventivo delle cellule e degli umori non sia poi che un fenomeno fisico come la motilità, l'inibisione, la chemiotassi, ecc., gli autori ammettono: che la funzione antitossica è indipendente dalla immunità, giacche esso può esistere anche quando la funzione antitossica non è manifesta; che le due specie di immunità, naturale ed acquisita, sono la risultante di un potere speciale delle cellule. le quali, secondo le condizioni del messo in cui si trovano e secondo la composizione dei loro elementi constitutivi (protoplasma e sostanza nucieare) subiscono passivamente l'influenza delle tossine, allo stesso modo che un pesso di ferro dolce subisce l'influenza della calamita. Allorchè queste condisioni si mutano per influenze esterne le più diverse, (per es. l'assuefazione a certi veleni), lo stato funsionale delle cellule verrà anche modificato. In questo modo, secondo gli autori, si spiegherebbero i fenomeni di ricettività e di resistenza passaggiera o definitiva degli organismi alle infezioni e alle intossicasioni (Annales de l'Institut Pasteur, n. 12, 1896).

Mirto

INGLESI

«British Medical Journal», 26 decembre 1896»

I. Il colera contratto durante un banchetto.

Hankin riferisce alcuni casi di colera, avvenuti
in Saugor, una stazione delle Provincie centrali
dell'India.

In seguito ad un pranzo, in cui presero parte tredici ufficiali, nove furono assaliti da diarrea, vomito e prostrazione di forze, che, in tre casi, presentarono il tipo colerico.

L'autore s' intrattiene ad esaminare la provenienza del microbio del colera ed a studiare in quali cibi trovi un terreno adatto per la sua vita.

II. Un caso di deciduoma maligno, Cock riporta un caso di deciduoma maligno, seguito da morte.

I punti più catteristici, che esistevano nel caso dell'autore, erano i seguenti:

la malattia comparve in connessione con la gravidanza; la paziente era giovane; esisteva una emorragia molto intensa, la quale era intermittente ed aveva luogo all'improvviso, dopo alcuni giorni di riposo; esistevano anche sintomi nervosi (letargia e delirio); furono trovate infina neoformazioni metastatiche nei polmoni e nelle ovaie.

III. Un caso di prolasso dello utero in una vergine, trattato con un nuovo metodo. A r t u r o H e l m e in tal caso adoperò un metodo composto dei seguenti tempi:

1º Incisione circolare della cervice al livello

della vescica; 2º prolungamento di questa incisione lungo i fornici laterali; 8º separazione della
cervice dalle sue insersioni in avanti ed indietro;
4º dissezione dei ligamenti larghi e legatura delle
arterie uterine e delle loro branche cervicali;
5º abbassamento della cervice nella vagina e trasfissione antero-posteriore di essa con filo di argento; 6º amputazione circolare della cervice;
7º divisione bilaterale di essa; 8º formazione
di lembi cervicali anteriori e superiori in avanti
ed indietro; 9º unione delle mucose vaginale e
cervicale; 10º apposizione delle superficie laterali
di taglio della parete cervicale e vaginale.

Quest'operazione ebbe un completo successo e la riunione della cervice avvenne per prima in-

tensione.

IV. Un caso di degenerazione idatiforme della placenta. Archibald Hepnorthriporta un caso di degenerazione vescicolare od idatiforme della placenta in una multipara a 27 anni.

Esistevano i principali sintomi di questa malattia cioè: lo sviluppo dell'utero in un modo più rapido di quello che avviene nella gravidansa ordinaria; attacchi ripetuti di emorragie uterine; scomparsa dell'embrione; mancansa di ballottamento.

V. Un caso di emato-salpinge vera. Griffiths in una donna che soffriva di perdite di sangue dalla vagina e di accessi dolorosi, ed in cui, all'esame vaginale fu osservata la presenza di un corpo leggermente mobile e distinto dal l'utero nella porsione destra ed anteriore della pelvi, al disopra della vescica, fece diagnosi di emato-salpinge.

Fatta la Iaparotomia, fu trovato un rigonfiamento nella tromba di Falloppio destra la la quale fu asportata: venne pure tolta la tromba sinistra che all'estremità fimbriata, era distesa ed

occlusa.

VI. Febbre puerperale curata col siero antistreptococchico. Giacomo Adam in un caso di febbre puerperale, fece delle iniesioni di siero antistreptococchico, proveniente dall'Istituto Pas te ur e dall'Istituto batteriologico di Lyone.

Ne furono iniettati 107 cc.; la dose maggiore

fu di 17 cc, la minore di 4.

Questo metodo di cura fu seguito da completa

guarigione.

VII. L'acido picrico come agente terapeutico, specialmente nella cura di alcune inflammazioni della pelle. Maclennan lo adopera come topico e come rimedio interno.

Come topico, è indicato specialmente nella cura dall'ecsema acuto, come pure nelle altre in-

fiammasioni della pelle.

L'autore, in tre casi di erisipela, ha ottenuto splendidi risultati con le pennellazioni di una soluzione satura di quest'acido.

Come rimedio interno, l'acido picrico è stato adoperato nelle febbri, nella diarrea, nel diabete mellito, ecc.

Oggigiorno però, per via interna, il suo uso è quasi del tutto abbandonato.

Russi

«Archives Russes de Pathologie», 20 novembre, 1896.

I. Del lattato di stronzio nel morbo di Bright. Bronowsky con questo lavoro, eseguito nel laboratorio di patologia generale, e nella clinica terapeutica dell'università di Varsavia, paragonando i risultati delle ricerche cliniche e sperimentali, conclude che:

il lattato di stronsio, in qualche forma di morbo di Bright, agisce incontestabilmente, come un diuretico, e abbassa contemporaneamente il

tasso dell'albumina;

non c'è ragione di spiegare il benefico effetto del medicinale sul rene, ammettendo un'asione antisettica sul contenuto gastro-enterico (Dujardin-Beaumets);

l'introdusione del medicinale nel torrente circolatorio degli animali, con dosi più forti di quelle che si adoperano ordinariamente in terapia, dimostrano, che è innoc o pei reni;

sotto l'asione del rimedio, i vasi renali si dilatano, e ciò dipende dalla paralisi dei vasomotori del rene; pare, però, che non abbia alcuna

asione sull'epitelic renale.

II. Nuove ricerche sulla leucocitosi. The istovitch. — Le iniezioni di diverse sostanze (peptone, culture di microbi, ecc.), nei vasi, producono negli animali una rapida diminuzione dei leucociti del sangue.

Questo fenomeno avviene secondo la teoria di Lōwit, per la momentanea distruzione di que-

sti elementi (leucolisi).

Questa teoria contestata dai lavori di Goldschneider, Jacob, Müller, è ammessa da parecchi ematologi.

Botkin, in un recente l'avoro, ritiene, che i leucociti sono così instabili, che si distruggono in 5-10 minuti, in una goccia di sangue messa alla stufa alla temperatura di 86°-40° C.

L'autore, a Pietroburgo, osservando una goccia di sangue, estratta da un dito, e messa fra un porta- e coprioggetto, separati da un disco di vaselina, per impedire l'evaporazione, e col microscopio messo in una stufa di Pfe i ffer alla temperatura di 86°-40° C., ottenne dal sangue di un uomo di buona salute, che gran parte dei leucociti continuavano a vivere per più di 10-15 minuti, e presentavano movimenti ameboidi attivissimi. Il loro protoplasma diventava più chiaro, più trasparente e omogeneo.

Se si esponeva all'azione del freddo, il protoplasma si restringeva, riprendendo la forma più

o meno sferica.

I linfociti non presentano movimenti ameboidi, l'aspetto quasi non cambia, solo sono più trasparenti, più ialini.

L'aspetto più trasparente del protoplasma dei leucociti alla temperatura di 86°-40° C. non può essere considerato come indice di un principio di distruzione, perchè il movimento ameboide è attivissimo.

Lo stesso fenomeno si avvera nel sangue dei conigli.

Greco

I leucociti di ammalati di febbre tifoide, febbre ricorrente, pneumonite fibrinosa, pericardite, alla temperatura di 86°-40° hanno dei movimenti ameboidi per 10 minuti.

Nel sangue degli pneumonici, e qualche volta nei tifosi, si può osservare la distruzione dei leucociti, specie nei primi ammalati allo avvici-

narei della crisi.

L'autore, dal risultato delle osservazioni, non crede di ammettere esclusivamente la teoria di Lowit per spiegare la scomparsa momentanea dei leucociti nel sangue dopo ogni genere di traumatismo nei conigli, e l'iniezione nel sangue

di sostanze poco attive.

III. Sull'istogenesi dei corpi concentrici di Hassal nel timo. Gouch aron kon, basandosi sull'esame di numerosi preparati microscopici di timo, presi da una serie di embrioni e di animali adulti, in un lavoro eseguito nel laboratorio di istologia del prof. Fakimowitch dell'Università di Kiew, viene a conclusioni analoghe a quelle annunziate da Ecker, Kölliker e His, le quali sono contrarie a quelle di Aphanasiew; e quindi i corpi di Hassal provengono da cellule epiteliali embrionali del timo, disseminate irregolarmente nel tessuto adenoide della glandula.

Appariscono nel periodo di sviluppo prococe dell'embrione, e persistono durante la vita intra el extra-uterina, fino al periodo della sostituzione del tessuto adenoide dal tessuto congiuntivo

e adiposo.

La comparsa dei corpi di Hassal non hare lazione con l'involusione con l'involusione dell'or-

Provengono, primieramente dalla pressione reciproca, e del condensamento concentrico di parecchie cellule epiteliali.

I corpi di Hassal nel corso dell'ulteriore sviluppo, subiscono la degenerazione ialina, colloide o adiposa.

Più corpi di Hassal pessono sconfondersi per formare un solo e grande corpo combinato.

IV. Delle lesioni anatomiche nell'epilessia. Katzovsky (Olessa) in un caso di epilessia ha constatato all' autopsia, a parte delle lesioni che generalmente si trovano in queste malattie (zone di vasi di nuova formazione) una encefalite subacuta non purulenta, con numerosi focolai emorragici.

Secondo l'opinione dell'autore, lo stato epilettico dipende da disturbi nutritivi, e dall' irritazione degli elementi nervosi ancora non alterati,

causato dal sangue stravato.

V. Della riduzione delle sostanze solide e dell'albumine allo stato di riposo in un muscolo te-

Kouraeff, in un lavoro sullo stato delle albumine in un muscolo contratto, e allo stato di riposo, ha dimostrate, che le diverse albumine del tese suto muscolare si distruggono durante il lavoro del muscolo; nel coniglio la maggior parte della perdita dell' albumina riguarda sopratutto le globuline (miosine) mentre nella rana sono le miostrine (fosfati d'albumine insolubili in una soluzione del 6 °_{[o} a 10 °_{[o} di cloruro d'ammonio) che sono principalmente distrutte; così l'albumina propriamente detta (le albumine estratte dai muscoli con l'acqua distillata) subisce poco cambiamento.

L'autore, basandosi sulle proprie esperienze ne

conclude: che

la riduzione delle sostanze solide in generale, e delle diverse albumine in particolare nei muscoli dopo il lavoro, dipende, senza dubbio, dal tempo cha ha durato il riposo del muscolo; come pure, se l'animale in esperimento (rana) non ha ricevuto nutrimento;

darante la ricostituzione dei muscoli dell'estremità, che han lavorato, la quantità delle sostanze sclide e albuminoidee diminuisce nei muscoli dell'estremità posteriore, essendo state in riposo;

nel caso di amputazione preliminare di una delle estremità del treno posteriore nella rana in ripose, la riduzione delle sostanze solide ed albuminoidee nei muscoli tetanizzati, si fa incom-

pletamente.

VI. I risultati della sieroterapia nel cancro. Brunner in quattro casi di cancro (epitelioma della faccia, carcinoma della mammella, carcinoma del mascellare superiore e sarcoma dell' orbita) con le iniezioni del siero di montone e di cane, precedentemente inoculati col metodo di Richet e Héricourt, con succo di qualch; neoplasma, ha avuto i seguenti risultati:

le iniezioni non sono state mai nocive, nè lo-

calmente, nè sullo stato generale;

non producono effetti degni di nota sulla quantità dell' emoglobina e il numero dei globuli sanguigni;

tutte le manifestazioni dipendenti dal neoplasma scompaio al principio della cura;

perche la cura sia efficace, bisogna sempre iniettare il siero dai tre ai cinque giorni;

la superficie ulcerata del neoplasma si spo-

glia, le secrezioni cessano;

i tumori tendono a diminuire di voluma Vajana

وبروانية أواي والمراب والمتناب والمتناب والمتناو المتناو والمتناو والمتناو والمتناو والمتاوي والمتناور NOTIZIE

Il numero degli stul nti di medicina a Vienna. Il numero degli studenti di medicina dell'Università di Vienna, nell'ultimo semestre è stato di 2228 con una diminuzione di 110 sul semestre corrispondente dell'anuo 1895

Durante l'ultimo semestre, su 271 corsi, i professori ordinari sono stati 20, e 94 i privati docenti e gli as-

sistenti.

Sistenti.

Questi corsi sono ripartiti nel seguente modo:
Storia della medicina 2, anatomia 8, fisiologia 18,
anatomia patologica 16, farmacologia 6, medicina 62,
chirurgia 27, otologia 18, oftalmologia 28, ostetricia e
ginesologia 27, dermo-sifilografia 17, patologia mentale
8, igiene pubblica 10, chimica 9, medicina veterinaria 2.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIAROME

Sommano. 1. Riviste sintetiche. Le rotture del fegato.—2. Lavori originali. Manicomio Provinciale di Bergamo.—Sopra un caso di acromegalin parziale. Contribusione clinica dei dott. Marzocchie Antonini.—8. Società scientifiche.—4. Pratica Neuropatologica.—5. Note batteriologiche.—6. Pratica chirurgica.

RIVISTE SINTETICHE

Le rotture del fegato.

Le contasioni, le rotture del fegato, sono state studiate molto accuratamente da Ludwig Mayer (1872) e da Roustan (1875).

Quest'ultimo, nel suo lavoro, riporta la storia completa dell'argomento; egli ha ria sunto i di versi periodi in cui fu osservato questo male, nelle

seguenti proposizioni:

in un primo periodo, tutte le lesioni del fegato erano riguardate come mortali; nel secondo furono sollevati dei dubbi e fu pubblicato qualche argomento in contrario; nel terzo, poi, il male non fu considerato tanto grave come nei due pe riedi precedenti, ma si pensò che per la rottura e la contasione del fegato si andava soggetti o all'emorragia o alla peritonite.

Ai tre periodi è succeduto l'ultimo, il periodo

moderno.

Dopo il lavoro di Roustan, i principali lavori con parsi su tale argomento sono quelli di Percheron, Adler, Sieur, cui seguirole discussioni sull'intervento chirurgico nei traumatismi addominali alla Società medica di Nancy nel 1898 e 1894 e alla Società di chirurgia nel 1895 e in luglio 1896.

Recentemente Terriere Auvray, hanno studiato attentamente le legioni traumatiche del

fegato.

Le rotture del fegato sono causate da traumatismi diretti o indiretti. I primi avvengono per caduta sull'addome o sulla parte inferiore del torace destro, per colpi sulla regione epatica, o pure per semplici contrazioni muscolari (Taylor).

Il fegato, fissato dai ligamenti, si trova compresso tra l'agente vulnerante, la parete costale opposta o la colonna vertebrale, per cui

viene stracciato o schiacciato.

L'elasticità della parete costale, nei giovani, a volte, fa si che si comprima semplicemente il fegato, senza che avvengano lesioni, mentre nei vecchi, il traumatismo rompe una o più costole, e quindi si ha la rottura dell'organo in parola.

Le rotture indirette avvengono cadendo o urtando il capo, cadendo in piedi, o cadendo seduti.

Oltre al traumatismo diretto o indiretto, altre cause possono concorrere alla rottura epatica.

Roustan ammette delle lesioni precedenti, che possono modificare notevolmente il peso, la densità, il volume, la vascolarizzazione, la consistende dell'organo; quest'ultimo fatto è sopratutto il più importante; la degenerazione grassa, amiloide Alla rottura epa

e il cancro, sono stati frequentemente causa di rottura; anche la presenza di una ciste idatidea può esser causa di rottura, fin anco spontanea.

Altra causa predisponente è la liticsi biliare (Bouilly); però, quest'ultima causa, da Vanverts viene scartata da questo studio, perchè i traumatismi delle vie biliari, come hanno fatto anche osservare Terrier e Auvray, differiscono dagli altri dal punto di vista delle lesioni, dei segni clinici e della cura.

Le lesioni del fegato si dividono in due ben distinte categorie. Nella prima, vanno quelle in cui la capsula del Glisson è integra, con ematoma circoscritto, o con rottura interstiziale, occupando la parte centrale del fegato; in tali casi si tratta di rotture relativamente minime.

Nella 2º categoria appartengono quelle a capsula rotta, che dall'autore sono riguardate più interessanti dal punto di vista clinico.

La rottura del fegato, in questo caso, può es-

sere superficiale, profonda o totale.

Nei casi più gravi, una parte dell'organo può essere completamente, o quasi, staccata.

Gli autori non sono di accordo sulla sede di predilezione delle rotture epatiche.

Per Mayer, è il lobo destro che più frequentemente si rompe; per Ogston il sinistro.

Contrariamente all'opinione di Terrillon, la statistica di Ludwig Mayer e le osservazioni di tutti gli altri autori, stabiliscono la faccia convessa del fegato come sede di predilesione delle rotture.

L'emorragia è un fatto interessantissimo nella rottura epatica. La morte avviene per il versamento sanguigno nella cavità peritoneale, formato di sangue venoso in generale, raramente arterioso.

Su 185 casi di rottura, Mayer ha rilevat; che 51 son morti per emorragia.

Bryant su 8 casi di contusione, ne ha visto 5 morire per emorragia.

Nelle rotture sotto-capsulari, il sangue si espaude nella sostanza epatica, formando un ematom, che può riassorbirsi, ovvero un ascesso.

In quelle rotture dell'organo, ove esiste lacerazione della capsula, l'emorragia è molto più importante, ma le conseguenze sono differenti, a seconda i diversi casi, e ciò dipende dall'estensione e dalla profondità della rottura.

A volt, si hanno dei casi di rottura epatica, in cui, nonostante la poca entità della rottura, il sangue continua a scorrere senza interruzione, e allora la morte avviene più tardi.

L'emostasia a volte avviene spontaneamente, non ostante la lesione di un grosso vaso. Vallas ne descrisse un caso. Però l'ammalato, oredutosi guarito, un giorno andando a caccia, morì istantaneamente.

Lo scolo della bile nel peritoneo, per la rottura dei vasi biliari iutraepatici, è possibile ma è poco abbondante, e puo causare un'itterizia leggera transitoria.

Alla rottura epatica, può seguire una perito-

nite, che suol manifestarsi tra il 2º e 3º giorno dalla lesione.

Fergus, cita un caso, in cui la peritonite

apparve al 7º giorno.

Quest'affezione, a quanto pare, non può essere dovuta al versamento sanguigno o biliare, per

chè questi liquidi sono asettici.

Le osservazioni classiche di Fryesse, di Bigue Villeneuve e di Barlow, e le esperienze del Ruggi, in proposito, sono concludentissime.

Molte spiegazioni, più o meno possibili, si sono date circa alla causa delle peritoniti, ma la più verosimile è quella data da Rohmer e Vau-

trin.

Le gravezza provocata da versamenti sanguigni o biliari nel peritoneo, dipende dalla penetrazione di germi morbigeni nel focolaio traumatico, per mezzo della circolazione, o per una lesione intesti-

nale (setticemia intestino peritoneale).

Roux, fondandosi sull'asepsi perfetta delle vie biliari terminali, riciene che la peritonite possa avvenire per rottura del coledoco o della vescichetta biliare il cui contenuto é quasi sempre settico per la facile comunicazione con l'intestino.

La rottura del fegato, può portare a volte una epatite suppurata o un ascesso, che si svolge rapidamente, oppure dopo alcune settimane. Lo espandimento sanguigno, che segue alla rottura può convertirsi in pus, sebbene molto raramente, il che aggrava il prognostico delle rotture sottocapsulari, nelle quali l'emorragia è sempre poco importante.

Le vie seguite dai microrganismi che originano i processi suppurativi, pare si debbano ri-

tenere o le vie biliari o quelle venose.

La batteriologia di questi ascessi è stata messa in opera in un sol caso a quanto se ne dice. Lyonnet e Jaboulay in un caso di

ascesso epatico, riscontrarono il bacterium colt. In rarissimi casi si è costatata un'embolia del

tessuto epatico.

Marshall riferisce un caso di embolia, in cui un pezzetto di fegato del peso di 4 grammi circa riempiva quasi del tutto il lume dell'arteria polmonare soffermandosi avanti le valvule.

Hess crede, che l'embolie parenchimatose, in seguito a rotture del fegato, non sono molto rare.

Per ciò che riguarda la cicatrizzazione del punto leso del fegato, Terrillon, per il primo, e poscia Maubranc, Podvissodzki, Prus, Lahouse, Toupel, Rippert, Steinhaus, hanno detto, che essa avviene rapidamente, senza aderenze peritoneali nè viscerali, è ciò dai risultati sperimentali fatti sugli animali.

Meister, studiando microscopicamente i fatti consecutivi alle asportazioni di pezzetti di fegato negli animali, ha detto, che la riparazione del fegato operato, si compie per una ipertrofi compensatrice dei suoi elementi cellulari esistenti, dopo aver subito le fasi della cariocinesi; e quando il lavoro cariocinetico è finito il fegato può riacquistare il peso primitivo.

Sintemi e diagnosi della rettura epatica

Nella maggior parte dei casi di traumatismo addominale, si produce, poco dopo il colpo, un periodo di collasso, che dura alle volte pochi minuti, altre volte parecchie ore, con perdita della coscienza. Il collasso, manca raramente dopo la rottura epatica, ed è prodotto, probabilmente, dalla scossa comunicata ai nervi splancnici o al plesso solare.

La durata e l'intensità, sono variabili, però non stanno in rapporto con l'importanza del trau-

matismo e delle lesioni.

Si hanno casi di shok rapidamente mortali, altri, in cui il collasso si manifesta con prostrazione, affievolimento generale, faccia pallida e raggrinzata, stato sincopale, rilasciamento del polso, ipotermia, vomito, moteorismo.

In tale periodo, non può farsi una diagnosi certa, ma di probabilità, basata sulla esistenza di lesioni cutanee e sui dati anamnestici.

"Quando il collasso si è scongiurato, la sintomatologia divente più netta. Così, dolore, segni di emorragia interna, ittero, glucosuria, peritonite, epatite, possono aprire la scena morbosa.

Il dolore non manca che in casi eccezionali nella rottura epatica; esso è più intenso nella regione dell'organo, ed aumenta con la palpasione

dell'addome.

A volte il dolore è sordo, profondo e continuo, raramente parosistico e intermittente; esso s'irradia verso l'ombelico o verso la spalla destra.

Boyer, nel caso in cui il dolore s'irradia all'ombelico, ammette una lezione della faccia convessa del fegato, mentre quando l'irradiazione avviene alla spalla destra, la lesione si appartiene alla faccia concava del fegato; ulteriori osservazioni non hanno confermato l'opinione di Boyer.

L'ittero, molto bene descritto da Verneuil, col nome di «itterizia traumatica» è raro, e non e il caso di attribuirgli un valore diagnostico, perchè suole apparire tardivamente; ma l'esame delle urine accennando alla presenza di pgnenti biliari, anche in quantità scarsissima, permetterà concludere per una lesione epatica.

Bernard, ha anco notato una glucosuria pas-

seggiera per lesione epatica.

Il singhiozzo, il vomito biliare, possono capitare in questa infermità, come pure un respiro frequente a tipo costale, che immobilizza il diaframma.

Boyer, annette una grande importanza al sintoma dolore, con sensazione di ostacolo al larange, come da corpo estraneo.

L'emorragia interna è il sintoma che più ri-

chiama l'attenzione del chirurgo.

Quand'essa persiste, con scolo continuo nella cavità peritoneale, si nota, pallore del volto e delle mucose visibili, raffreddamento delle estremità, abbassamento della temperatura, piccolezza del polso. L'infermo ha sete ardente, vertigini, abbagliamenti, ronzii alle orecchie. Obiettivamente poi, si può riscontrare ordinariamente una zona di ottusità alla fossa iliaca destra.

Insomma, dallo studio dei sintomi di rottura epatica, si può, con una certa probabilità, fare la diagnosi, non potendo avere dei sintomi patognomonici, quando alcuni sintomi riuniti insieme fanno ammettere la rottura. Il dolore localizzato alla regione epatica, con irradiazioni speciali, singhiozzo, dolore del laringe, presenza di pigmenti biliari nell'urine, segni di emorragia interna e versamenti addominali, sono tutti segni utili per la diagnosi, però, a volte, molti di questi possono mancare, e allora il chirurgo resta frequentemente incerto nella risoluzione d'intervenire o meno.

Nei casi, in cui l'ematoma epatico si trasformi in ascesso, si hanno oltre ad alcuni sintomi subiettivi ed obiettivi, febbre, perdita dell'appet to e recruscenza dei dolori alla regione del fegato.

La cera della rottura epatica fino a pochi anni addictro ha seguito tutte le fasi che si ebbero per le contusioni addominali; cesa era costituita da scarsi mezzi indiretti, fino all'astensione. Oggi però, in grazia alle risorse dell'antisepsi, si ricorre alla cura diretta delle lesioni.

Fino a pochianni or sono, furono adoperati per la cura i debilitanti, e le emissioni sanguigne du-

rante il periodo di shok.

Roustan, si oppose a questi mezzi illogici, e consiglia invece, gli eccitanti generali, come l'alcool, l'etere il caffe; contro l'emorragia il ri poso e la calma assoluta, l'oppio, come pure il riposo del tubo digerente, il ghiaccio o le compresse fredde sulla regione epatica, la compressione del fegato a mezzo di fasciatura.

Percheron nel 1888 consigliava, in vista degli ottimi risultati della chirurgia, dovuta all'antisepsi, l'intervento chirurgico con la laparo-

tomia, nei casi di rotture del fegato.

Willette (1888), Masson (1889), Postempski (1889), Czerny (1890), praticarono le prime laparotomie per rottura del fegato.

Altri moderni chirurgi li hanno seguiti in

questo genere di operazione.

Il metodo di intervento è stato preconizzato nei recenti lavori d'Adler (1892), Sieur (1892), Gachon (1895), Terriere Auvray (1896).

Nel periodo di collasso si consiglia l'astensione dall' intervento, invece si combattono i fenomeni di shok con gli stimolanti (iniezioni sottocutanee di etere, rivulsioni della pelle, panni caldi).

Ove mai il periodo di stupore si prolunghi tanto da compromettere la vita del malato, il

Vantrin consiglia d'intervenire.

Se nasce il dubbio di una rottura epatica, bisogna consigliare il riposo assoluto in posizione orizzontale e la calma completa, applicazione di una vescica di ghiaccio o di compresse sulla regione enatica.

Terriere Auvra y affermano, che, se non esistono lesioni di continuo esteriori, se si constata soltanto la contusione epatica senza collasso e senza sintomi di emorragia, è meglio l'astensione, tenendo d'occhio l'intermo.

Altri consigliano in tutti i casi l'intervento chirurgico.

Ove mai, si abbiano segni sicuri di una emorragia per rottura del fegato, sintoma più importante fra tutti, in allora bisogna tosto ricorrere alla laparotomia.

Terriere Auvra y consigliano praticare la laparotomia mediana, esplorando col dito per rintracciare il punto leso, e poscia acccertandosene

con la vigta.

Riscontrata la lesione, bisogna frenare l'emorragia. Molti consigliano la cauterizzazione della superficie sanguinante, però è scongliata da altri, i quali preferiscono lo saffamento e le suture.

Queste ultime, teoreticamente, sono preferibili, però data la friabilità dell'organo, su cui si deve

cucire, molte volte non vi si riesce.

Lo saffamento con pesse di garsa che fuoriescono dalla parete addominale, e che si rimuovono in prosieguo, è preferibile.

Michaux preferisce lo saffamento con peszi di spugna montati, ai peszi di garza, che adopera invece nei casi in cui lo scolo sangui-

gno è meno considerevole.

Le suture, però, non debbono essere del tutto scartate; adoperando un grosso filo, di seta o di catgut, introducendolo a parecchi centimetri di distanza dai margini della ferita, e legando convenientemente, tanto da ravvicinarne le due superficie sanguinanti, l'emorragia si arresta.

Terrier e Auvray, più volte, sono riusciti con questo metodo a frenare l'emorragie. Nei casi in cui viene adoperato lo zaffamento, questo deve essere rimosso dopo 48 ore, al massimo dopo 4 giorni e non più; però l'inconveniente a cui si va incontro dopo le 48 ore, si è, spesso, la ricomparsa dell'emorragia. Se invece si toglie lo zaffamento molto tardi, in allora si può produrre una fistola biliare come nel caso descritto da Burckhardt, riferito da Terrier e Auvray, dove lo zaffo fu lasciato per 6 giorni.

Nei casi di peritonite subacuta, nei quali i chirurgi consigliano l'intervento, b sogna adoperare la toilette del peritoneo, o meglio una lavatura abbondante dei visceri in esso contenuti,

fognando la cavità addominale.

Vanverts, da un quadro statistico che riferisce, paragonando l'intervento chirurgico precoce con la cura aspettante, ne trae: che l'intervento precoce sistematico, arresta l'emorragia, e previene la peritonite, sbarazzando la cavità peritoneale dei liquidi suscettibili d'infezione.

Nei casi di ascessi epatici, la puntura è un mezzo utile per la diagnosi, ma per la cura occorre l'incisione dell'ascesso, seguendo il metodo di

Grave o quello di Rècamier.

Alcuni chirurgi, a fine di scongiurare gli ascessi epatici, che sono del resto rari, consigliano
di non trascurare gli ematomi causati dalla rottura sottocapsulare del fegato, benigni in principio, ma che possono infettarsi in seguito, proponendone l'ablazione quando si riscontrano nel
corso della laparotomia, eseguita dopo un trau-

matismo addominale, e zaffando il focolaio emorragico. Il Vanverts infine, conclude col suo lungo e dettagliato lavoro:

che le rotture del fegato non sono gravi che per le loro complicanze e principalmente per l'e-

morragia;

la diagnosi è qualche volta possibile, ma spesso resta incerta per qualche tempo. La diagnosi delle complicanze (emorragia, peritonite,

ascesso epatico) è facile.

La cura (astensione o intervento) deve basarsi sulla esistenza o reno di queste complicanze. Ma in pratica il problema è più complicato; dopo una contusione addominale o toraco addominale, si resta spesso nel dubbio di una lesione viscerale epatica, intestinale o altro.

Conseguentemente, si pensa d'intervenire precocemente anche in assensa di tutte le indica-

zioni.

Questo procedimento ha dato risultati ottimi nelle contusioni addominali, e in particolare nei casi di rottura del fegato, in cui bisogna intervenire precocemente, per scongiurare gli effetti di un'emorragia grave.

L'incoraggiamento, per quest' atto operativo, nasce dagli splendidi risultati che la chirurgia moderna ci dà nelle laparotomie esplorative.

Vajana

LAVORI ORIGINALI

Manicomio Provinciale di Bergamo. — SOPRA UN CASO DI ACROMEGALIA PARZIALE. Contribuzione clinica dei dottori S. Marzocchie G. Antonini.

(Contin. e fine. - Vedi num. prec.)

Il caso da noi riferito non è certamente nuovo in ratologia: esempi di ingrossamenti parziali congeniti di arti, della dita, della faccia, sono citati in tutti i trattati e vennero interpetrati, quando non rientravano nei fatti d'ordine teratologico per aberrazione dello sviluppo embrionale, come semplici ipertrofie di origine locale. Me il caso nostro, ci sembra abbia un'interesse speciale sia per il volume veramente straordinario raggiunto dalle parti colpite, quanto, e più ancora, per la distribuzione della lesione a tutti e quattro gli arti, particolarità questa, che a nostro giudizio può servire a illuminarci sulla patogenesi di simile deformità. Poiche dopo gli studi che oggi si hanno intorno all'acromegalia e al gigantismo, non crediamo che tali casi di ingrandimenti parziali congeniti, si debbano seguitare a considerare tutti quali curiosità anatomiche per eccesso di sviluppo di parti o di organi dovuto a cause irritative locali od a cause meccaniche, ma che si debba invece indagare se

essi pure sieno d'origine nervosa e sotto la dipendenza di quella stessa causa generale che induce quelle due distrofie.

La deformità da cui è colpita la nostra piccola inferma denota un'alterazione nello sviluppo e nella nutrizione, la quale, evidentemente, non può dipendere che da una causa generale: se così non fosse, mal si comprenderebbe come quella alterazione potesse essere estesa a tanti punti del corpo. Ma vi ha di più; poiche sono colpite in modo limitato parti simmetrich e e vi è una specie di distribusione alternata per il grado raggiunto dall' iperplasia, non ci sembra assardata l' ipotesi che quella causa generale intanto abbia agito, in quanto essa abbia interessato il sistema nervoso trofico e vasomotore.

Il fatto ancora dello sviluppo insolito e straordinario del sistema pilifero presentato dalla bambina all'atto della nascita e che si mantenna per tutto il primo anno di vita, conferma sempre più il concetto sopra espresso, di un'alterazione de'centri nervosi trofici.

Neppure si potrebbe escludere un' alterazione primitiva del sistema nervoso centrale per causa non determinabile. Trattandosi di un'alterazione congenita, questa seconda ipotesi patogenetica sembrerebbe assai probabile, ma è da riflettere che, poichè si dovrebbe trattare di un processo attivo irritativo e non distruttivo, non si arriverebbe a comprendere la sua limitazione in maniera da non aversi concomitanza di altri disturbi del sistema nervoso. In ogni modo, per le considerazioni fatte crediamo che si possa assolutamente escludere che le deformità presentate dalla bambina tengano a causa locale, meccanica o irritativa.

Quella deformità della nostra inferma ha molta analogia con quel complesso di alterazioni proprie dell'acromegalia, forma che ora è ben conosciuta in nosologia, e se il concetto da noi espresso, che quella deformità sia sotto la dipendenza di una causa generale che abbia interessato il sistema nervoso, è giusto, la rassomiglianza fra le due forme si fa ancor più manifesta.

Ed invero, quando alterazioni come quelle da noi descritte non si possono ritenere d'origine locale e se si vogliano inquadrare nelle forme generali note e studiate nella loro patogenesi ci sembra non possano esser riferite che all'acromegalia, al gigantismo, alla siringomielia, o a quell'insieme sintomatico meno studiato e più oscuro per la sua genesi che è stato denominato ostrite ipertrofizzante artropatica da causa pol-

monare. Poiche le prime due infermità si possono considerare como molto affini e differenti solo di gralo (1) diremo subito per quali caratteri riteniamo che il caso riferito non appartenga alla osteite ipertrofissante: vedremo in ultimo perchè non sia da ascriversi alla siringomielia. Non ci consta che l'osteite sia stata riscontrata conge nita sebbene la si sia osservata in piccoli bam bini: essa poi, generalmente non si sviluppa che in soggetti che soffrono od abbiano sofferto di lesioni pleuro polmonari. L'alterazione inoltre non è mai limitata come nel caso nostro alle mani ed ai piedi ma si estende all'articolazione del polso, del collo del piede ed anche comprende le cesa dell'avambraccio e della gamba. Inoltre, nell'osteite le unghie sono alterate.

Se il caso riferito ha delle rassomiglianze con l'acromegalia, ne differisce per altro per molti caratteri.

E prima di tutto ne differisce per l'epoca dello sviluppo, poichè l'agromegalia è malattia dell'età adulta: differisce ancora per l'estensione delle alterazioni che nella acromegalia comprendono anche la faccia e la colonna vertebrale. Inoltre in questa infermità vi è un fenomeno subiettivo caratteristico: la grave e ostinata cefalea che è mancata nel caso nostro: vi sono disturbi nella sfera psichica; l'attività degli organi sessuali si estingue.

Per contro nella nostra ammalata l'intelligensa si è sviluppata normalmente e mentre la deformazione ha raggiunto un grado notevole e il processo morboso è da ritenersi tuttora attivo, si è stabilita regolarmente la funzione mestruale e gli organi genitali hanno raggiunto insieme alle mammelle lo sviluppo ordinario.

Anche differisce il caso da noi illustrato dal gigantismo propri amente detto, da quello che si verifica nella prima infanzia (pedomacrosomia) perchè l'accrescimento del corpo si è verificato solo in alcune parti: inoltre, l'ingrossamento delle mani e dei piedi non è avvenuto in modo uniforme per cui non è conservata l'armonia delle proporzioni: non solo vi è aumento di volume, ingigantimento, ma vi è deformità.

È auche da notare che il carattere e il contegno della bambina hanno subito l'evoluzione propria dello sviluppo ordinario e regolare e sono adeguati all' età: la faccia mantiene i lineamenti giovanili. Tuttavia alcuni altri caratteri di gigantismo non si potrebbero negare: le gambe sono assai lunghe e grosse; la statura è piuttosto alta; le mammelle bene sviluppate, il pube ricco di peli indicano certamente uno sviluppo precoce, al quale per altro non avrebbe corrisposto una precocità nello stabilirsi della funzione mestruale. Siccome il gigantismo infantile solitamente si arresta all' epoca della pubertá, il decorso ulteriore chiarirà anche meglio l'interpetrazione da darsi a questo caso.

L'alterasione presentata dalla nostra ammalata non è adunque un caso genuino di acromegalia e neppure è esempio completo di gigantismo: ha caratteri che l'avvicinano a tali forme patologiche ma ne differisce per altri e importanti. Sarebbe una forma incompleta o parsiale che tiene dell'una e dell'altra infermità e non siamo in grado di pronunciarci a quale delle due si debba ascrivere.

Ciò, per altro, non ci sembra abbia grande importanza, poichè, come accennavamo in principio, rispetto alla genesi tali due infermità sono da ritenersi molto affini e ne differiscono solo nel grado e nelle modalità di sviluppo. L'abbiamo enunciato come un caso di acromegalia parziale, perchè, secondo noi, le deformità riscontrate lo avvicinano di più a questa forma che all'altra, perchè non sappiamo che il termine di gigantismo parziale sia stato adoperato.

Oramai sembra accertato che la acromegalia sia un disturbo trofico dovuto all'iperfunzionalità patologica della glandula pituitaria alterata
nella sua struttura (lobo anteriore) o resa anche
semplicemente ipertrofica. Stabilito da' fatti patologici e sperimentali, la influenza dell'ipofisi a
regolare l'attività nutritiva e formativa del
corpo nell'adulto, non ripugna ammettere che simile funzione si inist nella vita fetale, quando
anzi sembrerebbe più manifesto il bisogno di un
regolatore della nutrizione e dello sviluppo delle
varie parti dell'organismo. I casi di macrosomia
fetale, con ogni ragionevolezza indicano il disturbo di questa funzione regolatrice dovuta all'ipofisi.

E una tale spiegazione ci sembra debba essere invocata anche per quei casi di ingrandimenti parsiali congeniti che, come il nostro, non possono attribuirsi a cagioni locali.

E in simili casi si può supporre che la sindrome completa del gigantismo o dell'acromegalia non arrivi a stabilirsi purchè la lesione, causa della iperfunsionalità della glandula, sia di natura tale che possa rimuoversi e scomparire od

⁽¹⁾ Vedi: Hyperfonction de de la glande pituitaire et acromègalie gigantisme et agromègalie M a s s a l o n go-go (Revue neurologique).

esser compensata negli effetti col crescere dello organismo.

Per ciò l'acromegalia si arresterebbe alla fase di ingigantimento parsiale.

Come è noto dall'embriologia, il corpo ipofisario è già differenziato nel feto al secondo mese di vita ed anche in quel periodo la porzione epiteliale o glandulare è quella che predomina; ciò che indica l'importanza di esso organo come glandula.

Forse, in alcuni casi di forme congenite, come il nostro, l'iperattività funzionale dell'ipofisi può dipendere da semplice irritazione determinata da sestanze o prodotti nocivi (tossici, discrasici, infettivi) che dalla madre passino al feto. E può anche ammettersi che tali prodotti vadano ad influenzare direttamente i centri nervosi trofici stimolandoli senza che intervenga l'azione aumentata del corpo ipofisario.

Le esperienze istituite dal Martinotti e con unicate al Congresso nternazionale di Roma dimostrano come alcuni veleni iniettati in cavie pregne portino tali alterazioni dei centri nervosi del necnato i quali avrebbero ragione degli arresti di sviluppo che si verificano nel corpo. Si può supporre che variando la qualità ed il grado delle sostanze nocive inviate al feto col sangue materno, l'effetto possa invertirsi ed aversi accrescimento anzichè arresto di sviluppo.

È noto, per l'esperienze di Gies e di altri, che la somministrazione di certe sostanze (arsenico, fosforo) in giovani animali è capace di produrre un gigantismo (tossico) sperimentale.

Terminando, diremo che non crediamo che le deformità descritte nella nostra giovanetta possano essere sotto la dipendenza di un processo siringomielico, sebbene sia noto che C h a r c o t e B r i s s a u d abbiano segnalato l'esistenza della chiromegalia in quella affezione. Primieramente la siringomielia è malattia che si manifesta solitamente nell'età adulta; ha una sindrome più complessa ed offre un sintoma patognomonico nei disturbi caratteristici della sensibilità: secondariamente diremo, come nelle forme pseudo-acromegaliche della siringomielia, l'alterazione ipertrofizzante siasi riscontrata solamente alle mani e non estesa anche ai piedi.

Il caso da noi illustrato, per le considerazioni che siano andati facendo, porterebbe nervoso concludere:

1º che certi casi, se non tutti, d'ingrandimenti parsiali congeniti del corpo, tengono ad una causa generale che fa risentire la sua influenza sopra il sistema trofico;

2º anche per la patogenesi di tali fatti morbosi si presta benissimo la dottrina dell'iperfunzionalità patologica dell'ipofisi;

3º per ciò rientrano nel quadro della vera e propria acromegalia come forme parziali, incomplete;

4º irritamento funsionale della ipofisi, oltrechè da alterazioni di struttura dell'organo, potrebbe anche essere dato da prodotti nocivi che dall'organismo materno passano in quello del feto:

5º non può escludersi che quei prodotti nocivi stimolino direttamente i centri nervosi trofici, per cui l'origine di questa forma di acromegalia parsiale congenita potrebbe anche essere nervosa e non ipofisaria.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società di chirurgia di Parigi. - Ferita penetrante dell' addome. - Un caso di aneurisma cirsoide. - Frattura del cubito con lussasione della testa del radio. - Un caso di pseudartrosi. - Un caso di aneurisma falso primitivo della gamba. - Studio sperimentale sulla resenione del fegato nei cani e nell'uomo.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI

Presidente Monon

Tornata del 6 gennaio 1897.

Ferita penetrante dell' addeme. Michaux legge una relazione a nome di Chupin, sopra un'osservazione di ferita addominale, per colpo di carabina Lebel.

Laparotomia esploratrice con guarigione.

Si tratta di un uomo, che si ferisce all' addome con un fucile Lebel con perdita di sangue abbondante, ferita penetrante, frattura della cresta liaca.

Chupin, pratica una laparotomia, pulisce l'addome, e mette una striscia di garza nel focolato di frattura dell'osso iliaco.

L'operazione è riuscita bene, e l'infermo è guarito.

Michaux ritiene, che lo Ohupin abbia agito bene, facendo una laparotomia esplorativa immediata, e curando asetticamente la frattura dell'osso iliaco.

Ritiene inoltre, che tale operazione deve sempre farsi nei casi di ferita penatrante nella cavità addominale.

Chupin ha sperimentato con le carabine Lebel; la parete addominale è fortemente lesa e perforata; gli intestini, in generale, restarono intatti.

La ferica è sopratutto grave, quando la cartuccia contiene del cartone. In ultimo le lesioni sono intense quando si colpisce su di una regione osses.

Robert.—Le Gaperienze di Chupin sono state

ripetute dai medici militari. Le cartucce contengono palle di cortone condensato e verniciato. Queste palle sono dannosissime, e il danno dipende dalla velocità iniziale, ch' è di 700 metri al secondo. Questa velocità è maggiore che pei grossi proiettili, dovuta alla qualità della polvere speciale che si adopera.

Le ferite causate dalle cartucce a polvere sensa fumo, sono in generale gravissime, appunto perchè la forsa di espansione dei gas è grandis-ima.

Salle tavole di abete, questi proiettili producono guasti uguali a quelli cagionati dalla dinamite.

Insomma, fino a 50 centimetri questi proiettili sono vulnerantissimi, fino a 2 metri sono ancora dannosi.

Delorme. L'autorità militare conosce la gravessa di queste ferite, e quindi gli uomini si debbono tenere, in questi tiri, al di là della distanza di 2 metri.

Un case d'ancurisma cirseide. Neiaten riferisce a nome di Roux, sopra un caso di aneurisma cirsoide della regione temporale.

Quest'osservazione ribatte la teoria sostenuta nel 1890 da Terrier, il quale ha detto: che l'aneurisma circoide è un aneurisma arterc-venoso in seguito a trauma.

Reux invoca la teoria nervosa (paralisi vascmotrice di Rokitansky): egli non ha riscontrato le comunicazioni artero venose.

L'ansurisma cirsoide, nel caso di Roux, si svolse nella regione temporale destra, in seguito a un traumatismo antico. Ma nella regione temporale dell'opposto lato, esistevano dilatazioni vascolari, piccole se si vuole, ma che erano sede

di un soffio continuo. L'oratore, fece l'ablazione dell'aneurisma cirsoide della regione temporale destra e la legatura della carotide esterna, però dopo 4 mesi i vasi della regione temporale sinistra, aumentarono di volume, mentre al contrario a destra non si notò recidiva.

All'esame istologico del tumore, ha riscontrato endo-arterite e peri-arterite dei vasi medi e piccoli della faccia, sensa comunicazione di vasi arteriosi coi venosi ammessa da Terrier.

Quenu.-Nel caso di Terrier l'esame provò che c'era comunicazione tra le arteriole e le vene, ma ciò non prova che in tutti gli ancurismi cirsoidi si debbano trovare le comunicazioni.

Non vede la necessità di legare la carotide esterna prima dell'ablazione del tumore; essa legatura non serve se non durante l'atto operativo, ed in questo caso, si può applicare attorno alla testa il laccio di Esmarch.

Frattura dal ombito con lucsazione della testa del radie. Schwartz riferisce a nome de Chevassu, sopra un caso di lussazione traumatica del radio, con frattura del cubito. Resezione della testa del radio, con guarigione.

Un nomo a 20 anni riceve un calcio da un

e dopo 8 mesi dall' operazione, le funzioni dell'avambraccio si ristabiliscono.

Quest' osservazione é interessante, e conferma l'asserzione di Malgaigne, che ha detto: che la lussazione della testa del radio porta seco una frattura del cubito (terso medio o terso inferiore). Il ligamento anulare si squarcia, e la lussazione avviene.

Come cura, quando il traumatismo è recente, bisogna tentare la ridusione sotto la cloronarcosi, se il tranmatismo è antico, bisogna fare o l'artrotomia o la resezione della testa del radic.

Uni case di pseudeartreel. Piequé riferisce su un caso di Ferraton, riguardante una pseudoartrosi consecutiva a frattura delle 2 ossa della gamba, con fuoriuscita di una scheggia tibiale.

Ferraton operò l'infermo 8 mesi dopo il trauma; esisteva un callo fibroso fra i 2 frammenti ossei acuti e accavallati.

Regolarizzò le estremità ossee, rimusse il callo, fece la sutura, e l'infermo guari bene.

Un ease di aneurisma falca primitive della gamba. Pioqué riferisce un caso di Hartmann riguardante un aneurisma falso primitivo del cavo popliteo, curato con l'incisione e lo zaffamento; la guarigione fu completa.

Studio sperimentale sulla resezione dei fegate nei cani e meil' usme. Auvray riferisce, che ha sperimentato su 7 cani la resezione del fegato, ed è venuto alle stesse conclusioni di Koumetroffe Pensky.

La resezione dei 2 lobi è stata fatta dopo l'applicazione di una serie di legature a catena, con un procedimento non ancora descritto.

Le anse serrate fortemente, debbono pressare tutti i vasi. Dopo la resezione, non deve colare neanco una goccia di sangue dalla superficie di sezione; il moncone epatico si approfonda cautamente senza che avvengano emorragie consecutive.

I cani sopravvissero per lungo tempo, e guarirono; poscia vennero sacrificati per potere studiare il modo di cicatrissazione della superficie

Queste esperienze si sono ripetute sul fegato dell'uomo col medesimo processo di sutura, e i risultati sono stati soddisfacenti.

Vajana

PRATICA NEUROPATOLOGIA

Amiotrofia neurotica progressiva. — Tooth in Inghilterra, Charcot-Marie in Francia ed Hoffmann (1889) in Germania, hanno distinto dal grande territorio delle atrofie muscolari, un nuovo gruppo, il quale ha un complesso ben netto di sintomi.

Hoffmann denominò questa malattia atrocavallo sul cubito, che si frattura, e nel tempo | fia muscolare progressiva neurotica, e più tardi istesso si lussa l'estremità superiore del radio, neurale e la base anatomo-patologica della me-Chevassa, fa la resezione della testa del radio, desima era, secondo lui, una nevrite cronica interstiziale dei nervi motorie sensitivi con degenerazione ascendente dei cordoni posteriori della della medesima. midolla spinale.

Negli anni seguenti crebbe il numero dei casi pubblicati, i quali riguardavano più la parte clinica che quella anatomica, poichè il numero delle sezioni cadaveriche pubblicate fu estremamente non affetti da paralisi. Le contrazioni fibr

Dubreuilh ne pubblicò un caso riguardante mancare; la paralisi atrofica non compare taun bambino di 2 anni, la cui madre, i fratelli e le sorelle aveano di già sofferto di atrofia muscolare.

Tabri: Petà in cui questa malattia si avilun-

Il bambino presentò prima nelle mani, più tardi nei piedi, una paralisi atrofica decrescente a misura che si andava verso il tronco, e morì per tubercolosi polmonare.

All'autopsia si notarono vecchie alterazioni di natura walleriana nei nervi motor e sensitivi, aumento della nevroglia nei cordoni di Golled anche nei cordoni Burdach nella parte inferiore della midolla, leggiero scoloramento dei cordoni laterali ed integrità della sostanza grigis.

Marines co pubblicò il risultato della sezione del quinto dei casi pubblicati da Charcot-Marie, in cui si erano sviluppati lentamente paralisi dei piedi, delle gambe, in parte anche delle cosce e delle mani.

In questo caso mancava completamente l'ereditarietà. Alla sezione si notò degenerazione delle guaine midollari ed in parte anche del cilindrasse dei nervi periferici, con contemporaneo aumento del loro connettivo interstiziale; nella midolla spinale una intensa ed estesa sclerosi dei cordoni posteriori, povertà delle corna posteriori in fibre nervose midollari, diminuzione del numero ed alterazione delle cellule gangliari nelle corna anteriori del rigonfiamento lombare e cervicale della midolla spinale e degenerazione delle radici posteriori.

Le fibre muscolari si presentavano in grado diverso colpite da atrofia, i nervi dei muscoli erano fortemente degenerati e le pareti vasali inspessite talora sino ad obliterare il lume.

Gom bault e Mallet, Dejerine e Sottas comunicarono pure dei casi, in cui il reperto anatomico fu completamente simile a quello di Marines co, ma se ne allontanavano per differenze cliniche consistenti in pronunciati disturbi della sensibilità, nella presenza di atassia, di miosi, ed in un caso di rigidità della pup lla.

I casi di amiotrofia nevrotica progressiva presentavano, como si può rilevare dal già detto, differenze importanti.

Infatti i disturbi di sensibilità sono raramente così pronunciati come nel caso di Charcot-Marie; ordinariamente, invece, si tratta di iperalgesia alle estremità (Hoffmann, Sachs, Eichhorst, Schultze, Dubreuilh, Donkin ed altri), altre volte di disturbi subiettivi della sensibilità, sotto forma di forti dolori (Visioli, Hänel e Bernhardt, e talora di dolorabilità alla pressione di alcuni tronchi nervosi (Sachs).

In un gran numero di osservazioni è stata rilevata la completa integrità della sensibilità ed nunziata lipomatosi.

anche la mancanza di ogni disturbo subiettivo della medesima.

I disturbi trovati con la ricerca elettrica sono anche vari: completa scomparsa dell'eccitabilità, reszione degenerativa parziale più o meno estesa e diminuzione dell'eccitabilità, anche nei territori non affetti da paralisi.

Le contrazioni fibrillari possono esistere o mancare; la paralisi atrofica non compare talora nei muscoli del piede, bensi in quelli della mano (Hoffmann, Dubreuilh, Hänel, Lähr); l'età, in cui questa malattia si sviluppava, dalla fanciullezza sino al 50° anno; infine manca alle volte l'ereditarietà, come nel caso di Marines co, nei due casi di Charcot-Marie, ed in quelli di Lähr e di Sachs.

Queste differense nell'immagine clinica della amiotrofia nevrotica progressiva debbono renderci cauti sul valore da dare ai risultati delle autopsie sopra brevemente riferiti.

La questione, che oggi si agita, è appunto quella di sapere, se la detta malattia abbia la sua base anatomica in una alterazione dei nervi o della midolla spinale.

'Ira i nuovi autori Donkin ammette in modo non sicure, per la mancanza di proprie ricerche anatomiche, l'esistenza di una miopatia, la quale inclinano pure ad ammette re Charcote Marie ma questi ultimi non escludono una nevrite periferica.

Sachs invece crede trattarsi di una mielopatia e riguarda l'amiotrofia nevrotica progressiva come una sottoforma dell'atrofia muscolare progressiva spinale di Aran-Duchenne (leg type of progressive muscular atrophy); Ferrier la riguarda pure come una mielopatia primaria ereditaris, talora complicata con alterazioni periferiche-neuritiche secondarie (myelo-neuropathic atrophy). Bernhard telascia indeciso quale delle due affezioni, spinale o periferica, fosse la primitiva e per ciò propone il nome di atrofia muscolare progressiva di forma spinale-neuritica, ma egli accenna pure ad una possibile compartecipazione dei gangli spinali.

Hoffmann e Tooth ritengono essere la midolla spinale il punto di partenza della malattia. Marinesco è dell'opinione, che quest' affezione colpisca contemporaneamente i nervi motori e sensitivi. Oppenheim eCassirer (Ein Beiträg zur Lohre von des sogenantes progressiven neurotischen Muskelatrophie, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bl., 10 Hft.) 1 e 2 non poterono nel sistema nervoso centrale coi metodi presenti di ricerca (metodi di colorazione di Nissle di Marchi) trovare che alterazioni di pochissima entità, e parimenti negativi furono i risultati delle ricerche fatte nel sistema nervoso periferico; invece nei muscoli colpiti da atrofia trovarono rilevanti alterazioni consistenti in atrofia, un'ipertrofia di talune fibrille muscolari, scomparsa della striatura, parziale vacuolizzazione, formazione di fessure ed irregolari fenditure, aumento considerevole del connettivo inter-fibrillare con aumento dei nuclei e con pro-

Queste alterazioni corrispondono scatanzialmente a quelle delle miopatie primarie, ma se ne differensiano perchè qui non si ha una vera ipertrofia delle fibre.

Le alterazioni trovate da Oppenheim e Cassirer nei muscoli, non sono caratteristiche per un processo miopatico primario, peiché non si ha, secondo Cramer, alcuna differenza tra le strofie muscolari primarie e quelle determinate da alterazioni spinali e nevritiche.

Ma Oppenheim e Cassirer ritengono potere stabilire, con certezza, la diagnosi di miopatia primaria per avere dimostrato l'integr tà del sistema nervoso centrale e periferico, quantunque essi non abbiano esaminato le terminazioni nervose nei muscoli, le quali non sono state ancora ricercate nelle amiotrofie.

Vediamo adesso come s'intende da alcuni la miopatia primaria. Erb rileva la possibilità, che un disturbo funzionale, micro copicamente non sppreszabile, dei centri trofici dei muscoli nelle colonne grige anteriori della midolla spinale, é capace di produrre delle alterazioni trofiche microscopicamente visibili, e dei disturbi nei muscoli, simili a quelli, che si trovano nelle distrofie. Erb adduce a prova del suo asserto una serie di osservazioni, e denomina tali casi trofonevrosi, e ritiene possibile, che in seguito a disturbi nutritivi, che sino adesso non siamo in condizione di riconoscere microscopicamente, possono gradatamente formarsi delle alterazioni istologicamente dimostrabili.

Strümpellla pensa egualmente ad Erb. Oppenheim e Cassirer credono che le alterazioni da essi riscontrate nel sistema nervoso centrale non sono tali da poter essere ritenute quale punto di tranzizione dei supposti disturbi funzionali ai disturbi grossolani, palpabili ed anatomicamente dimostrabili, ma piuttosto che esse rappresentano l'inizio di un nuovo processo.

Il caso riportate da Oppenheim e Cassirer dimostra, che la sindrome della malattia che sinora si è indicata col nome di atrofia muscolare neurotica progressiva non ha un' unica base anatomo-patologica la quale non è stata ancora poggiata su una base anatomica concorde e sicura (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 10, Heft 1, u. 2).

Scagliosi

NOTE BATTERIOLOGICHE

La sierediagnestica di Widai in Germania. Haedke. — Becentemente a facilitare la diagnosi di tifo è stato additato da Widal alla proprietà agglutinante, che ha il siero di sangue dei tifosi sui bacilli del tifo. Questa caratteristica è stata confermata da Achard, Lemoine, Siredey, Hayem, Lichtheim, Brener e da altri.

L'esecusione del metodo comprende la sottragoccia pendente.

Le ceservazioni dell'autore si riferiscono a 22 n. 1, 1897).

casi di tifo, ed a 20 casi di contrello con diverse malattie (ulcera crurale, angina lacunare, gastroenterite acuta febbrile, tubercolosi miliare, tisi pelmonare, cirrosi epatics, pneumonite, erisipela, gangrena polmonare, peritiflite, influenza, otite media purulenta).

Il risultato delle osservazioni dell'autore fu, che in nessun caso di tifo fu negativo il processo di Widal ed in nessuna altra malattia fu esso positivo (Deut. medic. Wochenschri. n. 2, 1897).

Sulla inosulazione preventiva dell' nome contre il osiera asiatico. W. Kolie potè in un lavoro antecedente dimestrare, che nel siero sanguigno di individui, che erano stati inicittati sotto cute con vibrioni del colera morti o viventi, si stabiliva una modificazione specifica dimostrabile coll'immunità passiva, che detto siero conferiva alle cavie contro l'infesione peritoneale del colera. Tali proprietà preservative si riscontrano in piccole dosi nel siero dei convalescenti di colera, come addimostrò pel primo Lazarus ed anche nel sangue di animali immuni coll' inoculazicne di dosi crescenti di vibrioni colerigeni morti o vivi. Dai lavori di Pfeiffer, Metschnikoff, Issaeff, Dunbar, Sobernheim, Voges ed altri, si sa che la natura di quest'asione protettrice dei sieri, la quale non è determinata dalle sostanze sciolte in esso, che distruggono le antitossine, ma dalle sostanze che attaccano per mezzo dei corpi animali i vibrioni viventi, i quali come si può osservare sotto al microscopio, scompaiono dopo aver presentato la forma di pailine.

All'autore riusci di dimostrare nel siero di individui inoculati con vibrioni del colera le antitossine batteriche specifiche del medesimo e non proprietà antivossiche contro il veleno colerico

contenuto nei vibrioni.

Per il grande valore, che hanno senza dubbio le inoculazioni preventive contro il colera, l'autore ritenne opportuno studiare esattamente le alterazioni specifiche del sangue degli inoculati per lungo tempo, e primieramente dopo un anno dalla inoculazione.

Le ricerche furono fatte dall' autore su 17 individui, cui prima dell'iniezione ed a vari intervalli dopo la medesima cavava del sangue mediante la sanguisuga di Heurteloup e provava le proprietà specifiche battericide del siero ottenuto dopo 24 ore su una cavia del peso di 200 gr.; in pari tempo determinava col meto lo di Pfeiffer il limite del valora preservativo del campione di siero.

L'autore petè osservare, che la forza protettiva del siero non si ha immediatamente dopo la iniezicne, ma soltanto dopo decorsi alcuni giorni e

veramente dal quinto giorno in poi.

Questo fatto è concorde coi risultati ottenuti da Haffkine. Dal quinto giorno in poi aumenta sempre più e lentamente la forza difensiva del siero per raggiungere il suo più alto sione di sangue dai dito, la reasione in brodo e grado verso il 20º giorno; d'allora in poi comincia l'osservazione microscopica della reazione nella a diminuire gradatamente, ma è aucora dimostrabile dopo un anno (Deut. medic. Wochenschr., **Scagliosi**

PRATICA CHIRURGICA

La pilorsplastica. Caujole. —Le stenosi piloriche
hanno per effetto abituale di produrre la morte
degli infermi per inanizione; siccome la medicina
è impotente contro di queste manifestazioni morbose, naturalmente si è ricorso alla chirurgia.

La pilorectomia e le diverse gastro-entero-anastomosi, con o senza il bottone di Murphy, si usano presentemente per la cura della stenosi di qualunque natura esse siano; la divulsione digitale di Loreta invece è stata semplicemente limitata alla cura delle stenosi cicatriziali.

Quest' ultima operazione è dannosa perchè è capace di produrre lacerazioni molto estese della mucosa; essa non dà, inoltre, che risultati incerti.

Secondo quasi tutti gli autori, la piloroplastica è una operazione preferibile, specie in certi casi determinati.

Naturalmente essa non sarà efficace nei restringimenti cancerosi; senza dubbio Köhler l'ha adoperata, come intervento palliativo, in un caso di carcinoma; questo esempio non è da seguirsi; la massa e la consistenza stessa del neoplasma possono costituire un ostacolo serio.

Tralascismo di considerare i restringimenti sifilitici e tubercolari, vere curiosità patologiche.

Sul riguardo mi piace ricordare, come Durante ha operato e guarito una stenosi tubercolare.

Le stenosi per corpi estranei, per compressione, per dislocazione dello stomaco, non sono adatti ad una piloroplastica.

In presenza di un restringimento per ipertrofia semplice della parete duodenale e pilorica, si può con Novaro, Lauenstein e Bardeleben, fare l'operazione di Heinecke; numerose guarigioni si sono ottenute in questi casi.

Poncet, Carle e Miller hanno operato molte volte, con successo, dei restringimenti spasmodici; Doyen ha preconizzato l'operazione di Heynecke Mikulics (piloroplastica) nei vomiti incoercibili della gravidanza.

Le stenosi però, che si è autorizzati ad operare di piloroplastica, sono, prima di tutto, le stenosi dicatriziali: cicatrice di antiche ulcere, ulcerazioni consecutive all'ingestione di liquidi corrosivi o caustici, di lacerazioni parietali in seguito a traumatismo.

La presenza di un'ulcera in attività non è una

contro-indicazione assoluta; numerosi chirurgi inglesi e tedeschi hanno simultaneamente curato la stenosi con la piloroplastica, e l'ulcera con la escissione e la cauterizzazione.

Secondo Caujole, è imprudente praticare in tutti i casi di stenosi semplice, senza eccesione, la piloroplastica; difatti, quando le lesioni cicatriziali a livello del piloro sono troppo antiche, troppo estese, troppo voluminose, quando il tessuto fibroso si trova troppo abbondante, la piloroplastica non avrà risultato; le osservazioni di Lauensteine di Rohmer mostrano ciò chiaramente.

Se esistono, indipendentemente, delle cicatrici piloriche, delle lesioni di natura sospetta o semplicemente indeterminata, in qualche punto della mucosa stomacale o duodenale, bisogna ricorrere ad un altro intervento chirurgico.

Così anche quando, dopo la laparotomia, esiste il menomo dubbio sulla natura della stenosi.

Infine se si trova un piloro immobile per aderense solide ed estese, è sana pratica di non fare la piloroplastica.

Riassumendo, questa operazione deve restringersi nei casi di stenosi ipertrofica, spasmodica, cicatriziale e traumatica, quando il tessuto patologico non è molto voluminoso, e quando il piloro non è immobilizzato da aderenze peritonesli considerevoli.

L'operazione di Heinecke e Mikulicz o piloroplastica consiste essenzialmente:

1º a incidere nel senso della lunghessa della parete anteriore dello stomaco, del piloro, e delle prime porsioni del duodeno;

2º a dare in seguito alla ferita, per messo di una trazione, esercitata nel centro di ciascuno dei due margini, una direzione perpendicolare alla direzione primitiva;

8º a suturare infine, in questa nuova posizione.

Si può, secondo Robson, introdurre nel lume del nuovo canale un rocchetto di osso decalcificato.

Come si vede i principi della piloroplastica sono: incisione longitudinale, sutura nel senso trasverso, con o senza rocchetto osseo.

Diversi processi di laparotomia e di gastrotomia sono stati indicati per realizzare questi dati operativi. Si è, secondo Mikulicz, inciso, per una lunghezza di 10 centimetri, parallelamente al margine costale destro, cinque centimetri al disotto, per cadere direttamente sul punto loso.

Hoeven fa una incisione angolare di 14 cen -.

timetri, 5 centimetri sulla linea alba, 9 centimetri lungo il margine costale.

Si è visto al tavolo anatomico che queste incisioni non facilitano molto la ricerca del piloro, e la elinica ha dimostrato che esse producono facilmente lo sventramento.

È meglio ricorrere ai processi, adottati da Heinecke, Novaro, Pearce-Gould, Colsi, Doyen, Poncet: la laparotomia mediana, l'esplorativa riesce facile come nelle incisioni oblique.

Riguardo all'incisione dello stomaco e del piloro, essa è spessissimo lineare; He i necke fa una incisione a croce; L i mont e Paget praticano una vera bottoniera losangica.

L'incisione deve misurare circa 8 a 9 centimetri: essa deve farsi in due tempi, il primo costituisce la gastrotomia esplorativa, il secondo l'incisione operativa propriamente detta; quest'ultima deve interessare la porzione ammalata in tutta la sua estensione, e nelle due estremità le porzioni sane, per la lunghessa di un centimetro.

La piroroplastica, malgrado la sua estrema semplicità, presenta rispetto alla sua tecnica operativa, e alla regione che interessa, delle difficoltà serie, che possono essere il punto di origine di accidenti morbosi.

Come in tutte le laparotomie, si è esposti, nei soggetti debcli per una inanizione prolungata a vedere morire gli ammalati alla semplice apertura dell'addome, per sincope rifiessa consecutiva al traumatismo peritoneale.

La sesione lelle aderense è un secondo scoglio; le briglie peritoneali antiche, resistente, spesse, sono frequentemente molto vascolarizzate, emorragie possono prodursi, che non sono facili ad arrestare.

Inoltre le manovre sul piloro, quando è necessità che siano troppo energiche, possono produrre delle rotture parietali di quest'organo, dello stomaco e del duodeno a livello di un'ulcera in piena attività; l'emorragia è difficilissima a dominarsi, sensa contare la possibilità del versamento nel peritoneo dei liquidi settici intestinali.

Infine in certi casi, nella incisione delle pareti dello stomaco e del piloro, non è raro di avere delle emorragio così abbondanti e così gravi, come nelle sesioni delle aderenze; si opera infatti in vicinanza del tronco celiaco, le cui branche anastomotiche fra di loro formano un ricco intreccio arterioso, non contando la vena porta,

che decerre indietro e al disopra del piloro, la vena coronaria stomachica e la gastro-epiploica destra.

Questi numerosi vasi sono, nella maggior parte dei casi, ectasici e ripieni di sangue: ora la legatura e la fornipressura riescono estremamente difficili, per cui alle volte l'emostasia è lunghissima e penosissima.

Lo shok post-operativo è alle volte mortale; i laparotomizzati possono morire qualche ora dopo il collasso.

Altri, indeboliti dalla inanizione, inlanguidiscono a poco a poco, fino a che muoiono, senza che si possa, anche dopo l'autopsia, rintracciare altro che la loro adinamia profondissima.

Non è raro, in altri casi, vedere nei laparotomissati risvegliarsi, in meno di 24 ore, le antiche affesioni, ed assumere queste le forme più gravi: la malaria, la tubercolosi, certe encefalopatie.

La peritonite é una complicanza non rara; essa è prodotta, spesso, dall'insufficienza delle precausioni operative; può essere però causata dalle parti suturate (rammollimento o indurimento); il tessuto si straccia facilmente sotto l'influenza dei movimenti vermiformi dell'intestino, delle contrasioni muscolari della parete stomacale (vomiti), o per i cambiamenti di posizione dell'infermo nel letto.

Nei casi di restringimento ulceroso, è il succo gastrico che attacca la ferite, e compromette la solidità della sutura.

Sotto l'influenza di una cura intempestiva al bicarbonato di soda, l'acido carbonico sviluppatosi inelio stomaco, distende i visceri interessati, e fa scostare i margini dell'incisione; il beneficio dell'intervento allora è perduto; una peritonite si sviluppa e l'ammalato è condannato a probabile morte.

Abbiamo brevemente esposto gli accidenti postcperativi, alle volte mortali, che possono avverarsi alcune volte dopo pochi minuti dell'intervento, alcune volte dopo ore, o financo dopo qualche giorno. Queste gravi complicanze hanno delle
vittime; ma se durante i primi anni della chirurgia addominale il numero degli esiti letali fu
discretamente accentuato, bisogna convenire che
attualmente la mortalità operativa si è abbassata
a zero.

Il desideratum in questo gonere di operazione, si capisce benissimo è la cicatrizzazione per prima della ferita gastro-pilorica. Le autopsi e praticate fino adesso mostrano le ben fondate spe-

ranze sul riguardo; mai si sono viste delle forme cicatriziali esuberanti, prodursi a livello dell'incisione; il piloro resta sempre beante.

Nella massima parte dei casi, i vomiti scompaiono nel primo giorno; se persistono, bisogna attribuirli alla intossicazione anestesica. In generale al terzo giorno o al quarto i fenomeni morbosi retrocedono, ma è appena passata una settimana e l'ammalato ha riasquistato il suo appetito, digerisce senza difficoltà, la costipazione scompare, le evacuazioni e le minzioni diventano più frequenti, più abbondanti e più regolari; nello stesso tempo lo stomaco tende a riprendere le sue dimensioni normali, e nel primo settenario, si può seguire il suo cammino ascendente dallo ombelico al margine costale.

Se esistevano dei disturbi secretori prima dell'operazione, la loro scomparsa sarà sicura; è il caso di vedere il bisturi vincere un morbo di Reichmann.

L'ammalato cominciande a digerire, aumenterà gradatamente di peso. In meno di qualche settimana egli riscquisterà ia salute, che aveva prima perduta.

La massima parte degli operati hanno ripreso le loro abituali occupazioni due mesi dopo la laparotomia (Gazzette Hebdomadaire, 1, n. 1897).

Pollaci

SPOGLIO DEI PERIODICI ITALIANI

« Il Morgagni », n. 11, 1896.

I. Sul valore della determinazione del fosforo organico nelle urine normali e patologiche. Ce co ni riassu me il suo lavoro nei seguenti termini:

La determinazione del fosfero organico eliminato con le urine nelle condizioni morbose, che inducono un difetto di ossidazione nei tessuti od un maggiore consumo o distruzione delle sostanze ricche in lecitina, non può riuscire di vera utilità, nè per la diagnosi o prognosi delle malattie, nè in generale, per lo studio della patologia del ricambio.

L'organismo sano, come anche l'ammalato, si trova sempre nella possibilità di condurre regolarmente a termine l'ossidazione delle sostanze organiche fosforate qualunque sia la provenienza e la natura.

Di queste, soltanto, una piccola parte può sfuggire ai processi di ossidazione, perchè troppo rapidamente trasportata nel rene e forse separatasi dagli elementi cellulari del rene stesso; essa è in rapporto sempre con la quantità delle urine.

La determinazione dello zolfo neutro, potrà dare buoni indisi sulle condizioni, con le quali si compiono le ossidazioni organiche, per giudicare di conseguenza in quale rapporto si trovino i sintomi di una data malattia, col difetto d'ossigeno nei tessuti; nessun vantaggio, a questo scopo, può derivare, dalla determinazione del fosforo organico delle urine.

Così, la maniera di comportarsi dei fosfati terrosi, non ostante i dubbi che sul valore di questa ricerca si possono muovere, potrà fornire indisi ben più sicuri che la determinazione degli eteri fosforici, per giudicare del grado d'intensità con cui avvengono i processi di disassimilazione nei tessuti. Ma nè i fosfati terrosi, nè le sostanze organiche fosforate delle urine, ci potranno mai illuminare, esclusivamente, sulla maniera di comportarsi del consumo della sostanza nervosa, perchè, in forme puramente nervose, come l'epilessia e l'isterismo, l'aumento nella disintegrazione delle sostanza fosforate, se avviene nella sostanza nervosa non può mancare in altri tessuti, i quali, come il muscolare, sono più o meno interessati nel grave sconcerto funzionale.

II-Due casi di aneurisma dell'arco aortico. Leon i e, Farinati in questo lavoro pongono in rilievo che si hanno processi aneurismatici dell'aorta toracica, anche estesi, che possono passare inosservati anche per tutta la vita, senza recar disturbo alcuno.

Può bastare una minima scossa morale o fisica, un disordine, una malattia intercorrente, per svegliare d'un sol colpo imponenti fenomeni.

La causa iniziale del male deve ricercarsi nelle condizioni trofiche del sistema vasale, in relazione al genere di vita, agli abusi, alle fatiche, al sesso, all'alcool, alla sifilide, al reumatismo articolare.

III-Sopra un caso di prococe riaveglio alla vita sessuale M assi — Trattasi di una giovanetta, che a 4-anni già si masturba e a 6 anni già si unisce carnalmente con un giovanetto di 12 anni. Vajans

NOTIZIE

Logate di due milioni all'istitute Paustour

La baronessa d'Hirsch, ha deciso di donare, in omaggio della memoria del defunto suo sposo, la somma di due milioni all'Istituto Pasteur.

La direzione dell'Istituto e la baronessa d' Hirsch sono ancora in trattative, per decidere se questo denaro debba essere assegnato per uno scopo speciale, o potesse la direzione dell'Istituto impiegarlo, liberamente, nel modo in cui orederà più utile.

Facciamo voti che l'esempio della baronessa d'Hirsch sia seguito in Italia, in cui gli Istituti scientifici hanno tanto bisogno di tanti materiali.

Redaffore responsabile: Dott: HUGO NACC-ARONF

Tipografa dela Riforma Medica

metodi curativi della insufficienza miocardica. -2. Lesioni originali. Laboratorio di Farmacologia Sporimentale della B. Università di Genova, diretto dal prof. Ugolino Mosso.—Azione tossica dell'aceti ene. pal prof. Ugolino Mosso e dott. Felice Ottolenghi, assistente. - 8. Attualità terapiche. - 4. Terapia chirurgica. — 5. Terapia cetetrico-ginecologica. — 6. Terapia pediatrica, -7. Tecnica terapica. -8. Notisia.

200 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180 - 180

RIVISTE SINTETICHE DI TERAPIA

Sul recenti metodi curativi della insufficienza miocardica.

Come è noto, sotto il nome di debolezza cardiaca o insufficienza miocardica, si aggruppano tutte quelle condizioni, in cui la fibra muscolare cardiaca diviene inadatta a compiere il layoro necessario al mantenimento della circolazione. La debolezza cardiaca può aversi per malattia della muscolatura dell'apparecchio nervoso, delle valvule o dei vasi sanguigni del cuore. Le sue conseguenze sono: congestione, edema ed emorragia nel polmone, insieme a dispuea e tosse e con esito finale di induramento bruno; atrofia cianotica del fegato, infiammazioni catarrali dello stomaco, con danno del suo potere digestivo e della nutruzione generale, ingrandimento della milsa per degenera zione fibrosa, per la quale viene anche danneggiata la formazione del sangue; congestione passiva del peritoneo con idrope, ascite; stasi renale ed albuminuria.

Per l'ostacolato deflusso del sangue dai seni e dalle vene, viene anche lesa la nutrizione del cervello.

I mezzi, di cui disponiamo per evitare questi cattivi effetti della debolezza cardiaca, cono vari.

Il riposo è senza dubbio uno dei mezzi sovrani, bastando esso solo talora ad indurre evidenti miglioramenti. Il cuore danneggiato e spossato dovrebbe ad es. fare un lavoro, al quale di giorno in giorno diviene esso meno adatto; allora esonerandolo dal lavoro; eccessivo, riacquista il suo tono primitivo. Analogamente al lavoro materiale agisce il lavoro psichico ed anche in questo ultimo caso è di grande importanza il riposo; infatti, quando un cardiaco si sottrae per un certo tempo alle sue abituali occupazioni e rimane a letto, o va a villeggiare, allora il riposo ha per sè stesso una grande importanza, perchè allevia di molto le sofferenze dell'ammalato.

I vantaggi che si hanno nell'indebolimento cardiaco dal riposo, sono più apprezzabili negli in dividui che lavorano, anzichè in quelli, che me. nano una vita tranquilla, poichè in questi ulti-mi, quando si mostrano i primi sintomi della debolezza cardiaca, il muscolo cardi co è di già molto più danneggiato e meno facilmente ricreabile, che non negli operai, che mostrano gli stessi

Insieme al riposo, ha una grande importanza

Sommano - 1. Rivista sintaticha di terapia. Sui recenti le dieta; infatti in alcuni cardiaci si ha vantaggio dall'aumento dell'introduzione di alimenti, in altri invece dalla diminuzione dei medesimi, in altri infine dal cambiamento della qualità della

Quando agli ammalati, ricoverati negli ospedali, si da un'alimentazione azotata, allora questa è a loro di grande vantaggio. Ad alcuni cardisci della clientela privata, si ha l'abitudine di somministrare dai parenti alimenti nutritivi azotati e carne in una quantità, che è superiore ai bisogni dell'organismo, ed in questi l'alimentazione sovrabbondant: danneggia il cuore, quando invece sarebbe più opportuno e giovevole ai pazienti di limitare la nutrizione al puro bisogno. In altri ammalati di cuore si ottiene talora un miglioramento, quando si diminuisce la quantità delle bevande, della zuppa e di altri alimenti liquidi e si faccia una dieta asciutta nel modo che raccomandano Andrew Clarked Oertel.

Riguardo alla somministrazione dell'alcool, sotto forma di alimenti nutritivi, bisogna tener presenti le seguenti regole; 1. che l'introduzione abituale di alcool (vino, liquori, ecc.), è da proi-birsi in tutti i casi di minaccia di debolezza cardiaca; 2. Parimenti è da proibirsi l'alcool in una forma, che non è giovevole allo stomaco e che causa quindi dispepsia; 3. L'impiego dell'alcool a dosi deboli, rende buoni servigi in tutti i casi di debolezza carliaca, specialmente quando essa succede all'influenza, alla difteria o ad altre malattie esaurienti del cuore. La miglior forma dell'alcool è nella maggior parte dei casi quella di whisky, il quale può somministrarsi 1-3 volte al giorno in quantità di 6.60 gr.; non deve mai sorpas arsi la dose giornaliera di 220 gr. e deve bersi durante i pasti, o con latte od ancora meglio con latte e bianco d'uovo sbattuto. Riguardo ai vantaggi o svantaggi del caffé, thè e cacao e di altri stimplanti non alcoolici, i malati si comportano variamente e bisogna quindi, in tali casi, badare alle disposizioni individuali; tut. tavia lo uso smodato di questi ultimi danneggia sempre l'attività cardiaca. L'uso del tabacco è da sospendersi, quando ci siano segni di debolezza carliaca, e se l'ammalato non può farne a meno, bisogna limitarne il consumo a piccole quantità dopo i pasti.

Sull'impiego della cura ginnastica, in questi casi di debolezza cardiaca, bisogna distinguere

tre diverse forme di ginnastica:

1. ginnastica passiva massaggio; 2. Movimenti con ostacolo regolato, secondo il metodo dei fratelli Schott; 3. Movimento attivo come l'al-pinismo, secondo il metodo del prof. O e r t el. T. Grainger Stewart (Ueber die Behandlung der Herzschiwache, Therapeutische Wochenschrift, n. 1, 1897) ha fatto delle osservazioni sul primo e secondo metodo, i quali agiscono riducendo il volume aumentato dell'aja cardiaca, miglioran do i toni cardiaci, la forma e la frequenza del polso ed il benessere subiettivo del paziente. Le osservazioni di Grainger Stewart riceveranno conferma o no dal perfezionamento della

fotografia degli organi del torace e dell'addome, la quale in una maniera irrefragabile dimostrerebbe i mutamenti, che avrebbero luogo nell'aja cardiaca.

Contro la debolezza cardiaca è stata anche proposta la ginnastica passiva, che consiste in una serie di pratiche, come esse furono originariamente praticate nella Svezia da Linge dai suoi scolari; attualmente sostiene validamente questa specie di ginnastica il dott. Wide.

Da principio si fanno movimenti lenti, e passivi per l'ammalato, delle braccia, che dilatano il torace; poi movimenti alternativi dei piedi, ed in ultimo vengono pressati la coscia e la gamba, con contemporaneo piegamento delle articolazioni del ginocchio e torsione delle articolazioni dell'anca. Mani e braccia vengono trattati nella stessa maniera, poi l'addome, impiegando tutte le forme di massaggio. Quindi si percuote la regione precordiale, battendo cautamente con la palma della mano. Grainger Stewart ha osservato con questo metodo, ed in molti casi, la riduzione, passeggiera, durante ogni massaggio, dell'ottusità cardiaca, il miglioramento del polso, tanto nel ritmo che nella forza, e la produzione di una duratura diminuzione dell'ottusità cardiaca, dopo replicate sedute di massagio, insieme a contemporaneo miglioramento stabile del polso o del benessere subjettivo.

Tale trattamento ha effetto contrario quando il cuore è debole ed il pasiente è affaticato nel

periodo della cura.

La scuola di Svezia spiega fisiologicamente questi risultati ammettendo, che col massaggio dei muscoli, il sangue viene spinto a traverso le vene verso il cuore; contemporaneamente aumenta la quantità di sangue nei capillari dei muscoli e con ciò si abbassa la pressione arteriosa ed il lavoro cardiaco viene diminuito. La u de rBr u nton e Tunniclife hanno fatto delle ricerche, per osservare i mutamenti, che si verificano nella distribuzione del sangue in un determinato gruppo di muscoli, prima e dopo il massaggio, ed hanno visto, che durante il massaggio aumenta l'irrorazione sanguigna nei muscoli e subito dopo la seduta si ha un'accumulo di sangue nei muscoli sui quali esso è stato praticato ed infire che il massaggio di un estesa regione muscolare, produce dapprima un leggiero aumento della pressione sanguigna generale, a cui succede poi l'abbassamento della medesima, che può giungere ad essere inferiore di 15 della pressione sanguigna iniziale.

Le conclusioni, a cui pervennero Brunton e Tunniclife, sull'azione del massaggio sulla circolazione, ebbero la loro conferma nelle ricer-

che di Oliver.

Infine Grainger Stewart dice, che l'azione della ginnastica passiva si manifesta con un miglioramento della circolazione linfatica e con una maggior irrorazione sanguigna dei muscoli, sicchè il cuore viene alleviato dal massaggio, per un deflusso maggiore di sangue nei muscoli, e così il lavoro delle fibre muscolari cardiache verrebbe diminuito per via meccanica.

Un altro metodo di ginnastica è quello usato in Svezia e che viene caldamente raccomandato dai fratelli Schott in Nauheim. Esso consiste in una serie di movimenti regolati, che sono eseguibili con minimo lavoro e senza sforzo.

Le regole per eseguirlo sono le seguenti: 1. Ogni movimento deve essere uniforme ed eseguito lentamente e non deve essere replicato nello stesso membro o nel medesimo gruppo muscolare; 2. Ad ogni movimento singolo o combinato, deve seguire un po' di riposo ed i movimenti devono eseguirsi in modo, che essi non accelerino la respirazione del paziente; 3. La comparsa di uno dei segni (dilatazione delle pinne nasali, stiramento dello angolo boccale, pallidezza delle guance e delle labbra, sbadiglio, sudore e palpitazione) di stanchezza deve, subito far cessare ogni movimento 4. Consigliare al paziente di respirare senza interruzione, di non avere stretta alcuna parte del corpo, perchè la circolazione non fosse impedita.

Éseguendo le regole ora esposte, non si osserva alcuna maggiore attività del cuore e dei polmoni, e, secondo assevera Grainger Stewart, si può cons'atare, in un certo numero di casi, un miglioramento immediato nello stato del cuore, i cui toni divengono più chiari e la cui aja di ot usità addimostra una pronunciata riduzione.

La spiegazione fisiologica di questi eccellenti effetti, risiede nell'azione del lavoro attivo dei muscoli, il quale eleva la frequenza respiratoria, accelera e rinforza l'azione cardiaca, arrossa la pelle e favorisce la perspirazione. Quest'azione muscolare si esplica chimicamente e fisicamente. Chimicamente sottraggono i muscoli al sanĝue una considerevole quantità di ossigeno ed abbandonano molto acido carbonico e parecchi prodotti del ricambio materiale (acido lattico ed altre sostan e); fisicamente si manifesta l'azione del massaggio con una dilatazione dei vasi, che irrorano i muscoli, durante la contrazione muscolare. Quando lavorano grossi gruppi muscolari, allora si ha una diminuzione degli ostacoli periferici ed il lavoro del cuore viene facilitato.

L'azione di questo metodo di ginnastica si esplica meglio in quei casi, che dispongono ancora di una certa forza cardiaca, mentre i metodi puramente passivi di massaggio sembrano più appropriati ai casi, in cui si hanno gradi

molti elevati di debolezza cardiaca.

Il metodo di Oertel consiste nella ascensione delle montagne, la quale agisce aumentando la quantità di sangue nei muscoli e nella pelle, ed in tal modo alleggerendo il cuore, ma esso è praticabile sempre dopo il metodo svedese (Schott) e della ginnastica passiva, con i quali il muscolo cardiaco ha già acquistato la forza necessaria a tale esercizio.

I bagni costituiscono uno dei metodi principali di cura della debolezza cardiaca.

Sono utili le sorgenti di acque clorurato-car-

boniche.

Il bagno si fa prendere, prima ogni due giorni, poi due volte in tre giorni, e poi infine tre volte in quattro giorni a seconda lo stato del paziente. L'ammalato rimane nel bagno 8 minuti e poi si

accresce la durata gradatamente fino a farvelo strò, che la digitale aumenta la elasticità murimanere da 20-30 minuti; contemporaneamente si accresce gradualmente la concentrazione del bagno coll'aggiunta di acqua minerale e col por tare la temperatura sino a circa 80°C. Dopo 20-25 bagni minerali si fa fare all'ammalato la doccia al capo. Come temperatura del bagno, 25° a 30° C.

Dopo il bagno il pasiente viene accuratamente asciugato con panni caldi, deve riguardarsi dal raffreddamento e riposerà in letto per circa una

ora ed anche più.

Le acque minerali più adat e per questi casi si possono preparare artificialmente aggiungendo a 250 litri di acqua gr. 1250 di sale di cucina e gr. 250 di cloruro di calcio. Il contenuto in sali di quest'acqua può, dopo i primi bagni, elevarsi con l'aumentare la dose. Hugh Ia m es on assevera, che questi bagni artificiali hanno lo stesso valore terapeutico dei bagni naturali analoghi.

Questi bagni causano, quando il paziente sta immerso nell'acqua, un manifesto arrossamento della pelle per dilatazione vasale ed in pari tempo il polso diviene più regolare, più forte e più lento e dopo un certo tempo l'ottusità cardiaca s'impicciolisce. La dilatazione vasale periferica, com'è naturale, diminuisce il lavoro del cuore.

I bagni minerali esercitano ancora una grande influenza sui nervi della pelle, ed indirettamente sull'innervazione del cuore e dei vasi, e questa azione dipende dai sali e dai gas contenuti nell'acqua minerale od artificialmente resa minerale, perché un bagno semplice caldo non produce gli stessi effetti. Grainger-Stewart mai ha osservato svantaggi dall'uso dei bagni, i quali sono sempre graditi agli ammalati e debbono essere tentati in tutti i casi, e talora anche uniti alla ginnastica passiva, specialmente quando havvi estrema debolesza cardiaca.

Tra i mezzi terapeutici adatti a combattere la debolezza cardiaca, vi sono anche i rimedi interni, detti anche tonici del cuore, noti da pa-

recchio.

Fra essi occupa il primo posto la digitale, la quale rinforza le contrazioni del cuore, e la sistole diviene più forte e più lunga.

La digitale rinforsa spesso il polso, toglie le irregolarità nel ritmo e nella forza, lo rende

più forte e più leato.

La digitale toglie la dispuea e la altre manifeetazioni polmonari, elimina con l'aumento della diuresi i versamenti idropici ed ogni altra conseguenza della stasi venosa. La digitale esercita la sua azione specialmente sulle fibre muscolari striate e lisce ed in seconda linea sul

Tra tutti i farmachi, la digitale è quella che agisce più attivamente sulla muscolatura del cuore e meno intensamente sulla muscolatura liscia delle arteriole e del tubo gastro-enterico ed assai poco sugli altri mu:coli.

Quest'azione è stata bene studiata dal prof. Schmiedeberg in Strassburgo, il quale moscolare.

Teoricamente sembra giustificata l'opinione, che la produzione di una contrazione delle arteriole dovrebbe recare danno, in quanto che il ventricolo dovrebbe in tal caso fare un lavoro maggiore; la clinica prova che la digitale risponde bene, se il miocardio non è degenerato. L'uso della digitale deve sospendersi quando insorgono disturbi gastro-intestinali, nausea, vomito, diarrea, i quali talora possono essere eliminati prescrivendo la digitale sotto altra formula. Talora però la digitale non sprona il cuore ad una maggiore attività e la sua azione benefica non si ha.

Accanto alla digitale bisogna mettere lo strofante, che agisce sulla muscolatura del cuore, aumentandone la contrazione, ed ha minima influenza sui muscoli delle arteriole. Ha un vantaggio sulla digitale, perché, quando essa produce disturbi di stomaco, lo strofanto evita questi ultimi e dà clinicamente gli stessi effetti della digitale. Tuttavia è da notare, che in alcuni casi, sebbene rari, lo strofanto danneggia lo stomaco più della

digitale.

Tra i tonici del cuore sta anche la caffeina, che si dà sola od unita ad altri farmachi e la cui azione, secondo Brackenridge, Gram e Schröder si esplica più sul rene che sul cuore. La teobromina ed i suoi composti, tra i quali è da ricordare la diuretina, eccitano le cellule renali ed aumentano la diuresi, ma hanno anche

una certa azione sul cuore.

La noce vomica e la stricnina sono giovevoli; quando gli altri farmachi non vengono bene sopportati; sembra che esse agiscono sulle arteriole determinando una contrazione delle medesime. L'azione sulla muscolatura non è però immediata, ma indiretta, per stimolazione del centro vaso. motore della midolla.

Altri farmachi cardiaci agiscono dilatando le arteriole. Per questa dilatazione viene resa facile la circolazione e alleviato il lavoro muscolare del cuore. Tra i farmachi di questo gruppo meritano menzione il nitrito di amile e la nitroglicerina.

È degno ancora di menzione un altro farmaco, il joduro di potassio, la cui maniera di agire non è completamente stata stabilita. Esso sembra non avere alcuna pronunziata influenza, quando lo si impiega in piccole dosi, poiché è provato, che in piccole quantità non causa nè depressione del cuore, ne dilatazione vasale, ma esso sembra che in certi casi, specialmente nei processi infiammatori cronici delle valvule, delle arterie o della muscolatura del cuore aiuti l'azione dei tonici cardiaci.

Adesso diremo di quei mezzi, che giovano al cuore nel senso, che essi combattono le consegueruse della debolenza cardiaca. Tra questi stanno in prima linea il riposo, la dieta asciutta, la ginnastica passiva ed i tonici del cuore, i quali giovano anche per combattere l'idropisia; talora invece sono necessari i diuretici, e nel caso questi non giovino, si deve ricorrere alla cura meccanica. Il metodo più sicuro e più facile è la puntura della pleura, per diminuire l'intensità dell'idrotorace, che aumenta la dispues e causa maggior lavoro al cuore. Basta nel maggior numero dei casi di togliere 400 500 cc. dalla cavità pleurica per facilitare notevolmente la respirazione e rendere più agevole il lavoro del cuore. L'ascite richiede parimenti la puntura e tale operazione viene sempre coronata da buoni risultati.

Il fognamento della pelle delle gambe e dello scroto per mezzo delle cannule di Southe y, è da farsi in casi disperati, poiche con tale metodo, anche adoperando la più rigorosa antisepsi, si nuoce alla vitalità della pelle punta. Il fognamento però allunga la vita del paziente.

Tra gli espedienti della cura della debolezza cardiaca sono da menzionare anche quelli, che sono diretti ad eliminare le alterazioni secondarie della funzione o della struttura degli

I catarri dello stomaco, la costipazione, venrono in parte migliorati dai rimedi cardiaci, ma l'impiego contemporaneo di stomachici, purganti e talora anche del massaggio dell'addome, sembra indicato. La stasi venosa del fegato viene alleviata dai purganti, che scaricano la vena porta ed i condotti biliari e dalla somministrazione di acidi minerali.

Si rimedia alla diminuzione dei corpuscoli rossi del sangue, che è alla sua volta causa di debolezza cardiaca con la prescrizione del ferro e dell'arsenico; anzi dovrebbe in ogni caso di cardiopatia determinarsi il contenuto emoglobinico ed il numero dei corpuscoli rossi del sangue, perchè, in caso di diminuz one, si fosse al caso di ricorrere prontamente ai rimedi adatti.

In tutti i casi di debolezza cardiaca si deve ancora badare allo stato dei polmoni, per vedere se alla loro base siavi edema, il quale deve cu-

rarsi con gli stimolanti della pelle.

La bronchite si cura coi metodi ordinari. Gli accessi dispnoici, che sono prodotti non soltanto dall'edema polmonare ma anche dalla debolezza cardiaca, si curano con la somministrazione di alcool in acqua calda od in latte, del liquore anodino di Hoffmann, con le iniezioni di etere, di strofanto o di stricnina.

Nei casi di intensa dispnea e cianosi, dovute ad infiammazione dell' apparecchio respiratorio od a debolezza cardiaca, è indicato il salasso, il cui impiego spesso salva la vita dell'ammalato. Contro l'edema della pelle, insieme agli altri metodi sopra detti, è utile il massaggio delle estremità inferiori e l'impacco.

Quando si ha la presenza nelle urine o si é stabilita una infiammazione renale, sono controindicati i diuretici irritanti e bi-ogna agire energicamente sul cuore e coi revulsivi sul rene.

Tra gli ipnotici sono da evitare quelli che deprimono il cuore, e quindi bisogna somministrare cloralio, grandi dosi di bromuro di potassio, morfina, paraldeide, sulfonal, trional e talora anche clorodina, la quale ultima da pure buoni effetti.

usano i nitriti, gli opp'acei e l'applicazione locale di rimedi lenitivi.

Nella debolezza cardiaca, la cura è eguale per tutte le diverse lesioni del cuore, e può impiegarsi senza nocumento la digitale nelle affezioni dell'aorta, però in alcuni casi (progresso delle lesioni infiammatorie delle valvule, degenerazione della muscolatura del cuore) bisogne essera prudenti nell'impiego dei tonici, ed allora è da congliare il riposo assoluto e la somministrazione interna d'arsenico o di joduro di potassio unito al carbonato d'ammoniaca.

Nelle alterazioni degenerative della muscolatura del cuore s'impiegano i rimedi tonici e la ginnastica con grandissima precauzione.

Da quanto si è detto risulta, che la terapia più efficace dei vizi cardiaci consiste nella combinazione di diversi metodi, nella quale il medico sarà guidato da una accurata considerazione delle condizioni peculiari di ogni singolo ammalato.

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

LABORATORIO DI FARMACOLOGIA SPERIMENTALE DELLA R. Università di Genova diretta dal prof. Ugo lino MOSSO.—AZIONE 'OSSICA DELL' ACETILENEpel prof. Ugolino Mosso e dottor Felice Or-TOLENGHI, assistente.

L'acetilene proveniente da un gazometro o da un gazogeno attraversa un regolatore e penetra in una cassa di vetro della capacità d'ottanta litri da un' apertura praticata sul fondo. Il gas più leggero dell'aria, si diffonde nell' ambiente. Allo scopo di allontanare i prodotti della respirazione dell'animale abbiamo stabilito nell' interno della cassa una corrente d'aria, servendoci d'una pompa aspirante, messa in comunicazione per mezzo di un tubo col coperchio della cassa. Altre volte abbiamo fatto arrivare aria e gas in volumi determinati: un contatore misura in centimetri cubici la mescolauza d'aria e di gas che attraversa la cassa. I cani introdotti in questa cassa quando penetra gas acetilene, muoiono molto più presto, che non tenendoli chiusi nello stesso ambiente con aria semplice alla scopo di provocare l'asfissia.

Se il gas va lentamente accumulandosi, l'animale muore in un'ora, ed al momento della morte l'aria in cui è rinchiuso contiene poco più di un quarto di questo gas: estraendo però il cane non appena venga a cessare il respiro, si può mantenere in vita per diverse ore. Questo fatto dimostra, che si tratta di un gas, il quale non viene eliminato facilmente dall' organismo, e che l'acetilene in piccole quantità produce delle al-Contro i dolori della regione precordiale si terazioni così profonde, cui segue in breve

tempo la morte, anche quando si mette l'animale a respirare nuovamente nell'aria comune.

Neile ricerche quantitative sulle mescolanze di questo gas all'aria, abbiamo potuto, con diverse esperiense, dimostrare, che l'aggiunta di un quinto d'acetilene all'aria atmosferica è sufficiente ad uccidere un cane.

I. Esperienze etti cani. - La morte dei cani, per acetilene avviene molto più presto se facciamo giungere il gas direttamente dal gassometro nei polmoni. Il metodo, che abbiano tenuto consiste nell'introdurre nella trachea del cane una cannula a T, la quele per le due aperture opposte cemunica con la trachea e con due valvule di Müller, e la branca di messo serve a laggiar passare l'acetilene proveniente da un gas sometro o da un gassogeno. Un contatore messo sul prolungamento della valvula espiratoria, mi sura l'aria espirata. Conoscendo per messo di un regolatore, la quantità d'acetilene che passa nell' unità di tempo, la differenza tra queste due quantità note rappresenta l'aria inspirata: così è facile stabilire il rapporto fra l'aria e l'acetilene che arrivano ai polmoni. Contemporaneamente alla lettura del contatore che si fa ad ogni minuto, si scrive sulla carta continua messa in movimento da un apparecchie d'orologeria, la pressione sanguigna, la respirazione toracioa ed il tempo in minuti secondi. Questo apparecchio ha il vantaggio di regolare a volontà il titolo delle mescolanze, di sospendere o riattivare il passaggio del gas, di prendere la pressione ed il respiro, senza obbligare gli aperimentatori a rimanere nella stessa atmosfera dell'animale in esperienza.

Per studiare sui cani l'azione dell'acetilene puro, non misto ad aria, abbiamo aggiunto alla valvula inspiratoria un tubo a due vie: ana comunicante coll'aria atmosferica e l'altra con un grande gazzometro pieno d'acetilene. Ad un momento dato si chiude l'accesso dell'aria e si apre quello dell'acetilene: così le valvute di Müll'er continuano a funzionare, perchè il grande gazzometro funziona da serbatoio, ed al polmone arriva acetilene puro da due vie: dalla cannula tracheale e dalla valvula inspiratoria.

Con le nostre esperienze abbiamo dimostrato, che l'acetilene non è inferiore ad alcun altro gas velenoso per la sua azione rapidamente mortale. Le mescolanze d'acetilene con metà e con due terzi d'aria, sono pure mortali in brevissimo tempo: si riesce talvolta con la respirazione artificiale, quando da molto tempo sono cessati i movimenti respiratori ed il battito cardiaco s'è fatto impercettibile, a ritornare in vita gli animali. Le mescolanze di gas con una quantità di aria superiore ai tre quarti sono ancora mortali pel cane. Ad avere un idea della tossicità di

questo gas, anche quando entra nei polmoni misto a molta aria, è d'uopo notare, che viene solo utilizzata quella parte di gas, che entra nei polmoni durante l'atto inspiratorio. Quella che giunge nella cannula durante l'espirazione va perduta perchè è cacciata a traverso le valvule coll'aria espirata. Per ciò la quantità d'acetilene, che giunge nei polmoni deve essere all' incirca la metà ed è anche minore quella, che venuta a contatto del sangue penetra nella corrente sanguigna.

Gréhant (1) ha fatto alcune ricerche con l'acetilene sul sangue. Egli ha trovato, che lo acetilene pauca facilmente nel sangue e conchinde che esso à tossico quando se ne adoperi una dose elevata fra 40 p. 100 e 79 p. 100. Le nostre ricerche dimostrano, che l'acetilene è assai più velenoso di quello che sia ora comunemente ammesso.

2. Esperiense sulle cavie. — Introdotte le cavie nel gas puro manifestano subito un respiro accelerato e cadono prive di movimento; tosto il respiro diviene irregolare, superficiale, lento: poer dopo compaiono delle scosse muscolari, prima alla testa, poi al tronco ed alle estremità ed alcune volte queste scosse assumono le forme di movimenti convulsivi, tanto sono forti: il respiro reso difficile, cessa. Tolte le cavie alla fine di questo periodo, che ha la durata di 20 a 40 minuti, il cuore batte; mancano i rifiessi e la sensibilità. Portate all' aperto non muoiono subito: ritornano i moti respiratori, qualche volta la sensibilità, ma poi peggiorano e cessano di vivere.

In un atmosfera metà gas è metà aria, alcune cavie hanno resistito 45 minuti, altre meno: quelle, che hanno avuto un contatto più breve con l'acetilene si salvarono. In una mescolanza di due parti d'aria ed una d'acetilene, le cavie vivono un'ora circa. Tosto manifestano un respiro frequente, barcollano, cadono; riacquistano poi i movimenti volontari, camminano trascinando gli arti posteriori respirano frequentemente. Sopravviene allora un lento avvelenamento ed il respiro si fa superficiale, irregolare, e per lo più muoiono dopo due o tre ore. Ad evitare, che i prodotti gassosi delle combustioni organiche rendessero l'ambiente più tossico, abbiamo rinnovato continuamente il miscuglio di gas e d'aria nel vaso col fare un'aspirazione per messo d'una pompa,

3. Esperienze sui topi.—Introdotti i topi nello acetilene puro, cadono tosto, respirano a scatti ed in tre minuti cessa ogni movimento. Estratto dal recipiente non danno più segno di vita. Nella

N. Gréhant.—Sur la toxicité de l'acétylén.
 Comptes rendus de l'Academie des Sciences, 1895 pagina 564.

mescolanza metà acetilene e metà aria, il topo tosto barcolla, non si regge bene, poi cade e le estremità paiono paralizzate. Aumenta di frequenza il respiro: la sensibilità al dolore si mantiene. Il topo entra in uno stato d'abbattimento ed il respiro si fa superficiale, lento, irregolare.

A questo punto l'animale è insensibile, ma se viene tolto dall'acctilene si salva : il ritardo a levarlo fino alla cessazione del respiro è fatale Gli stessi fatti ma più leggermente si manifestano con le mescolanze di un terro d'acetilene e due terzi d'aria.

L'animale dopo tre quarti d'ora conserva la facoltà di fare dei movimenti passivi. Passata un' cra il respiro da frequente va rallentandosi e malgrado continui a pulsare il cuore, difficilments il topo si salva, se ha respirato per una ora in questo miscuglio di gas ed aria. Messi i topi in miscuglio di gas e di aria, che continuamente si ringova mediante un aspiratore, sopravvissero quelli delle mescolanze inferiori al 50 p. 100 d'acetilene e solo quando il contatto col gas non superò mess' ora.

Se si mette a più riprese un topo nei miscugli di gas e d'aria, esso acquista una certa assuefazione. Gli animali che non cedettero alle prime intossicazioni, resistono di più ad ulteriori quantità di gas: muoiono però tutti e solo riterdano i fenomeni d'avvelenamento.

4. Esperienze sui passeri. — Gli uccelli sono assaı sensibili all'acetilene non mescolato ad aris; appena introdotti nel gas puro muciono.

Nelle mescolanze, metà acetilene e metà aria, i passeri resistono poco e fin dai primi istanti presentano fenomeni di una grave intessicazione; il respiro, fattosi lento cessa dopo 15 minuti.

In un'atmosfera di un terso d'acetilene e due terzi d'aria gli uccelli mostrano bene i due periodi di eccitamento e di depressione.

Per 10 minuti circa l'uccello vola o spicca dei salti ed è vispo, malgrado in ultimo non si regga bene, ed il respiro sia affangoso; nel secondo tempo resta immobile ed il respiro si rallenta ascai e diviene profondo. Quando è cessato il respiro non vale l'aria pura a ridonargli la vita.

Le nostre esperienze a questo rignardo differi scono da quelle di Cl. Bernard e Berthe lot (1) e di Brociner (2), che non trovarono molto tossico l'acetilene, per le piccole quantità usate.

 Esperienza sulla rane, sui tritoni e sulla lucer tole. — Basta introdurre le rane in una bottiglia chiusa, riempita d'acqua satura d'acetilene, che subito fanno dei movimenti vivissimi di nuoto per un minuto, poi si fermano ed aprono con fre-

quenza la bocca: tosto cessa ogni movimento dell'apparato ioideo e diminuisce gradatamente il battito cardiaco. Seguono tre niti muscolari, che alcune volte rassomigliano a convulsioni stricni che. Messe faori dell'acqua, in questo stato, il battito cardiaco cessa poco dopo. Se alla rana si lascia respirare aria, quantunque immersa nella. acqua satura d'acetilene, essa vive più lungamente. Le rane, che si trovano in un atmosfera d'acetilene puro, mostrano un primo periodo di eccitamento con forti movi nenti della respirazione e dopo uno di paralisi, nel quale cessano i movimenti el il battito cardiaco si rallenta. Tolta la rana dopo 5 minuti, essa è insensibile: il cuore qualche volta batta ancora ma cessa poco dopo. Abbiamo ve into morire delle rane, che stettero un solo minuto nell' acetilene puro. Le rane introdotte in un atmosfera metà acetilene e metà aria, muojono in tre ore circa, mentre con due parti d'aria ed una di gas muoiono in sei ore. Tutte le rane, che abbiamo tenuto a contatto di queste mescolanze morirono.

Più registente delle rane sono i tritoni ed anche

le lucertole.

Questi animali non mostrano un periodo netto di eccitamento, subito si nota, che aprono la bocca e si contorcono, poi restano immobili e dopo mezz'ora paiono morti. Se vengono tolte dalle diverse mescolanze di acetilene qualcheduno soprayvive. Morirono quelli che furono lasciati per un' ora a contatto del gas.

Dalle esperienze che abbiamo fatte, risulta che l'acetilene è dotato di un potere tossico considerevole. Bastano piocole quantità per mettere in pericolo la vita degli animali. Messo litro di gas respirato solo e di seguito, dà in pochi secondi gravi fenomeni di avvelenamento nei cani di media grandezza. Solo con una respirazione artificiale energica si possono salvare gli animali. Le mescolanze di gas ed aria al 20 per 100 sono sempre mortali quando agiscono per circa un'ora.

Nell' avvelenamento lento, le alterazioni sono così gravi, che gli animali soccombono anche quando trasportati all'aria libera paiono ristabiliti.

Si nota una certa assuefazione alle piccole quantità di gas, ma è sempre piccola la quantità che riesce mortale. Le grandi dosi agiecono prevalentemente sulla funzione respiratoria paralissandola. Le piccole dosi mostrano distinto un primo periodo di eccitamento ed un secondo di paralisi, durante il quale la funzione cardiaca e quella respiratoria si affievoliscono.

Prevalgono i fenomeni di paralisi e gli animali

muojono sensa convulsioni.

⁽¹⁾ Cl. Bernard et Berthelot. 1965, pag. 566, vo`. IV, Comptes rendus.

⁽²⁾ Brooineri. «Annales d'Hygiène et de Médecine legale- p. 454, 1887.

ATTUALITÀ TERAPICHE

Brunet. — il suese polmenare in opoterapia.

La terapia organica prende di giorno in giorno una importanza più considerevole.

L'autore, ripigliando una osservazione di Demons e Binaud, rimasta isolata nella sciensa, ha preparato un estratto glicerico-acqueso del polmone, secondo il metodo di Bro wn Sequard e d'Arsonrvi, e ne ha studiato le proprietà, sperimentando sugli animali ed applicandolo nella terapia delle malattie polmonari.

D'Arson val e Brown-Séquard nel 1891 e Roger e Souques nello stesso anno, studiando i diversi liquidi organici, ottenuti con la triturazione ed iniettati direttamente nelle vene, avevano suscitato negli animali, col succo polmonare dei fenomeni d'intossicazione abbastanza manifesti.

Però, se si pensa a tutte le specie microbiche che sono arrestate ed annidate nelle vie respiratorie, ed a tutte le impurità che sono contenute nelle vie bronchiali, facilmente si comprenderà che l'iniezione di un succo organico, ottenuto sensa alcuna cautela, doveva render falso il risultato finale.

L'autore, quindi, ha cercato di mettersi al riparo da questo errore di sperimentazione, ottenendo prima con la macerazione tutti i principi attivi del tessuto polmonare, e ristabilendo poscia nel liquido così preparato, lo stato asettico che esiste normalmente nella intimità delle cellule sane.

Le dosi adoperate dall' vutore per le sue ricerche, farono: 10 cc. per la via digestiva, da 2 a 5 co. per iniesioni praticate sotto la pelle del dorso e dei fianchi.

Le prime iniezioni negli animali sono un pò dolorose, ma poscia, dopo qualche giorno non solamente sono sopportate bene, ma per l'azione prolungata sono favorevoli all'ingrassamento. Cosi delle cavie che ricevettero per quasi un mese, da 5 a 10 cc. di succo polmonare acquoso o glicerico ogni due giorni, presentarono un aumento di peso, oscillante da 80 a 40 grammi. Bisogna aggiungere, che l'inoculazione del succo non è completamente inoffensiva, giacche una iniezione sottocutanea di 85 cc. di succo polmonare glicerinato uccide una cavia di 700 gr. in 24 ore.

Anche adoperando il succo per la via digestiva, si potè notare lo stesso aumento di peso degli animali sottoposti all'esperienza.

Gli effetti sulla temperatura richiamarono mag giormente l'attensione dell'autore.

Alle prime iniezioni, con una dose di 10 o 5 cc., si determina un innalsamento della temperatura, ma questo non si verifica più dopo le due o tre prime iniezioni.

Per la via digestiva, l'influenza nella temperatura è poco sensibile; anche con dosi assai forti (10 cc. per la cavia) si ottiene appena un innalsamento di messo grado centigrado.

cura delle melattie del polmone, l'autore volle sperimentare su sè stesso l'effetto che si determina negli individui sani.

Le iniezioni praticate successivamente furono

di 1, 2, 5, 10 oc.

Il solo inconveniente della iniezione è quello di essere sull'istante dolorosa, ma questa sensa sione è debole quando la iniezione è ban fat ta, e diminuisce molto con le successive inocu iazioni.

La modificazione della temperatura fu caratterissata da un innalsamento di uno a due decimi di grado che, secondo l'autore, può essere imputabile a tutt'altra causa che non alla iniesione.

Invece l'ingestione di 5 a 10 cc. di succo polmonare, non determinò alcun |fenomeno notevole, sia sullo stato generale che sulla temperatura.

Ottenuti questi risultati, l'autore ha iniziato le sue ricerche applicando il succo polmonare nella cura di alcune malattie del polmone.

Le osservazioni fatte furono 10, classificate nel seguente modo:

5 casi di bronchite cronica accompagnati da enfisema e da accessi d'asma;

2 casi di tubercolosi polmonare, del quale uno complicato da versamento pleurico e diabete;

1 caso di tubercolosi avanzata con tisi laringea e pleurite tubercolare;

1 caso di tubercolosi acuta:

1 caso di ascesso del meliastino, accompaguato da fatti di catarro bronchiale.

Gli infermi affetti da bronchite cronica, curati con le iliezioni di succo polmonale alla dose di 8 cc. presentarono tutti fenomeni di miglioramento abbastanza manifesto. Difatti, l'espettorato diventò chiaro, spumoso, areato, la quantità di esso diminul notevolmente, cessarono l'affanno e la tosse ed il peso degli ammalati aumentò di due kilogrammi in due mesi.

Nei due casi di tubercolosi torpida, fu visto aumentare il peso del corpo, e pur rimanendo stazionarie le lesioni polmonari, migliorò notevolmente l'espettorato.

Nel caso di pleurite purulenta tubercolare, diagnosticata batteriologicamente, il versamento in un mese diminul considerevolmente, ma nell'altro ammalato affetto da tubercolosi acuta, la malattia parve soltanto che avesse rallentato il suo decorso rapido.

The state of the s

Infine, l'ultima osservazione dimostrò che sotto l'influenza del succo polmonare si potè ottenere un miglioramento generale e locale che nessuna altra cura, fino allora adoperata, aveva potuto determinare.

In base a questi risultati, l'autore crede, che si possa fondatamente introdurre il succo polmonare nella terapia di alcune malattie del polmone, sopratutto in quelle condisioni in cui la vitalità del tessuto polmonare e delle vie respiratorie è diminuita o profondamente alterata. Bispondono specialmente a questa indicazione la bronchite cronica, l'asma, l'enfisema, la pneumonite cronica, le sclerosi polmonari, le pleuriti fibri-Prima di applicare il succo polmonare nella nose o purulente di vecchia data, come pure i

disturbi trofici in rapporto con le lesioni del

polmone.

In ogni caso bisogna adoperare delle dosi moderate; non oltrepassare i 10 cc. per la via digestiva ed i 5 cc. per la via ipodermica, giacchè il succo polmonare ha tendenza a determinare delle congestioni.

Come per il succo della tiroide, occorre sospendere la cura ogni qualvolta sopraggiunga lo affanno o la diarrea, ovvero gli sputi acquistano una tinta emottoica troppo intensa (Le Bulletin mèdical, n. 108, 1896).

Bentivegna

Aubert. — L'atropina come mezzo di attenuare certi inconvenienti della chinina.

L'atropina, è in certi casi di già conosciuti, e probabilmente in un buon numero da ricercarsi, un medicinale non molto bene tollerato. Invece, è molto benefica associandosi ad altri medicinali.

Dopo i lavori di Morate Dastre, si sa, che l'uso di essa, può prevenire i danni dell' anestesia cloroformica.

No orden, l'ha usata per impedire i profusi sudori dovuti all'antipirina.

Si sa altresi, che gli effetti nocivi dell'iniesione di morfina, trovano un antidoto nell'atropina.

L'autore ha usato l'atropina associata alla morfina per iniesione, fin dal 1885 vicino i pasti, senza provocare nè vomito nè indigestione.

Ha altresi notato nella stessa epoca, l'utilità della belladonna accoppiata al joduro di potassio, senza che quest'associazione, provochi disturbi di sorta.

Fatto questo che è stato notato anche da Petgesa

L'autore adopera l'atropina come correttivo dei disturbi della chinina.

Dopo l'uso dei sali di chinina, anche a dosi piccole di 80 e 50 centigr., moltissime volte, si hanno ronzii alle orecchia, tintinnii, rumori di cascata, sordità, vertigine, dolori di capo.

Alcune volte, questi disturbi sono talmente accentuati, che gli ammalati si rifiutano a una seconda somministrazione.

In tre casi di simil genere, l'autore ha potuto evitare i disturbi di cui sopra, con l'aggiunta al sale di chinina di un mezzo milligrammo di solfato di atropina (*Lyon mèdical*, n. 1, 1897.

Vajana

L' clenina

L'elenina, o canfora di elennio, è un olio estratto per distillazione dalla radice dell' *Inula Hele*nium.

È una miscela di elenina pura, alantol e anidride alantica.

L'elenina pura, contenente cioè una piccola parte di alantol, è solubile nell'alcool, olf fissi e grassi, insolubile nell'acqua. L'elenina impura è al contrario salubile nell'acqua, insolubile nel alcool.

Secondo Korab e Menier l'elenina è un antiputrido energico, che agisce elettivamente nelle infezioni delle vie aeree superiori.

Per questo è stata vantata nella cura della tubercolosi polmonale, specie nei casi in cui l'e-

spettorato è abbondante e fetido.

Si è usata come modificatore potente e agente eliminativo nella gangrena polmonale, ectasie bronchiali, tracheiti croniche, con catarro abbondante.

Hemowice Parisot pretendono che questa azione modificatrice si estenda anche alla mucosa uterina.

Nei fanciulli di 5 a 10 anni, 1 a 5 centigr., per iniezioni ipodermiche, fino a 10 centigr. nelle 24 ore; dai 10 a 20 anni e negli adulti: 25 a 40 cent. nelle 24 ore.

L'iniezione è dolorosa; questa reazione locale contribuisce a restringere l'uso del farmaco.

L'elenina, per la sua impurità, provoca spesso nausee e vomito; l'eliminazione si fa per la mucosa polmonale.

Una buona formula è la seguente:

Elenina gr. 1 Olio d'uliva sterilizzato q. b. per 20

cent. cub. 1 a 5 cent. cub. (Gazette hebdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie, n. 1, 1897).

Pollaci

TERAPIA CHIRURGIGA

Sulla cura eperativa mederna dell'ipertrefla prestatica. Ficersheim. — Nel recente congresso della British Medical Association il chirurgo americano Mac Ewen così si esprimeva:

in questi ultimi anni, la chirurgia dell'ipertrofia prostatica, ha fatto progressi rapidi e de-

cisivi.

In un nostro lavoro, di recente data, abbiamo raccomandato la cura palliativa, consigliando l'igiene e l'uso conveniente del catetere.

Mercier nel 1856 descrisse il suo metodo di curs, consistente nella prostatotomia uretrale; ma l'operazione da lui consigliata non attirò l'attenzione dei chirurgi, anzi fu ritenuta puramente una espressione chirurgica, di poca o nessuna importanza.

Se oggi invece, consideriamo i risultati splendidi, ottenuti dalla moderna cura chirurgica, si resta stupefatti, sia per i progressi rapidi della cura, come per l'audacia addimostata dai chirurgi in questo genere di operazioni.

I metodi di cura possono dividersi in palliati-

vi e curativi.

L'autore non si occupa dei primi.

Invece, si occupa dei secondi, dividendoli in 2 categorie cioè: in metodi chirurgici diretti, che comprendono la prostatotomia uretrale, la prostatotomia perineale o fognamente perineale, la perineale mediana, la perineale laterale, e la prostatotomia sopra-pubica.

Si occupa poi dei metodi chirurgici indiretti che sono: la puntura ipogastrica, la cistotomia soprapubica, la castrazione, la legatura dell'arteria ipogastrica, la legatura del cordone spermatico, la legatura a la resexione dei cansli deferenti.

L'autore esamina dettagliatamente i metodi chirurgici diretti e indiretti , e viene alle finali conclusioni :

che in un numero più o meno notevole di castrazioni, si osserva un'atrofia più o meno considerevole della prostata, e quest'atrofia è probabilmente, il risultato della perdita di una sostanza fisiologica, creata dai testicoli, opinione che si mette avanti per la prima volta oggi.

L'atrofia è rapida nelle forme d'ipertrofia molle ed elastics, ma si può anche manifestare nei casi di prostate dure, anche associate ad arterioscle

rosi generalizzata.

Il migliore risultato è stato ottenuto nei casi

d'ipertrofia della giandula.

L'ipertrofia senile, del lobo medio, può cessare con la castrasione, ma l'ipertrofia irregolare con ingorghi multipli intravescicali, deve essere curata con la prostatotomis.

La cistite, quando non è molto pronunziata,

può migliorare o guarire.

Le cistiti gravi, con infesione settica dei reni, e con sintomi vescicali dolorosi, riceveranno benefico effetto dal fognamento della vescica.

Quando la minsione volontaria non si avvera, la castrasione permetterà un relativo riposo dell'ammalato, che non potrà tollerare un cateterismo doloroso e difficile.

La castrasione darà minore mortalità della

prostatotomia.

La resezione dei canali deferenti agisce più lentamente che la castrazione, ma questa è una operazione più semplice, meglio accetta dagli ammalati, e che si raccomanda a preferenza.

Insomma, il cateterismo regolarmente fatto, e l'uso del catetere a permanenza, sono la base della terapia ordinaria dei prostatici, e deve essere sempre messa in prima linea.

Quando questi messi riusciranno inefficaci, si

ricorrerà ai mezzi operativi.

Il fognamento vescicale e la prostatotomia sopra-

pubica, danno spesso dei buoni risultati.

D'altra parte, sebbene la resezione bilaterale dei canali deferenti abbia un'azione più lenta della castrazione, ed essendo uguali i risultati, pure è incontestabile, che bisogna ricorrere, previa anestesia, alla legatura dei canali deferenti, perchè così conserva l'ammalato, se non l'uso, almeno l'apparenza della sua virilità (Archives Gènèra-les de Mèdecine, gennaio 1897).

Vajana

TERAPIA OSTETRICO-GINECOLOGICA

Schwab.— Il solfate di chinina come accoleratore del travaglio del parte.

La gravida, qualche volta, in travaglio di parto è soggetta a debolezza, o meglio a insufficienza delle contrazioni uterine, fino al punto in molti casi da aversi inerzia completa dell'utero.

Alle volte, questa inerzia dell'utero, si avvera sin dal principio del travaglio, e persiste per tutta la durata del parto. Le contrazioni sono deboli, corte, poco vicine come non sogliono essere nello stato normale.

La dilatazione del collo è lenta; insomma il

travaglio è lungo e noioso.

Altre volte, il travaglio incomincia regolarmente, poi si rallentano le contrazioni a poco a poco fino all'arresto completo.

Quest'inersia dell' utero, può prolungandosi il parto, compromettere la vita della madre e quel-

la del feto.

L'importanza del pronostico dell'inersia uterins, è legata a 2 fattori, cioè, quando le membrane sono sane, e le acque amniotiche non son colate, e quando le membrane sono rotte.

Quando l'inersia uterina avviene in principio del travaglio, o dopo, durante il periodo di dilatazione, e le membrane sono intatte, il progno-

stico è in generale buono.

Quest'anomalia, non fa altro, che prolungare la durata dello sgravo, perchè alle volte le contrazioni si risvegliano e il parto avviene.

Al contrario, quando l'inerzia uterina si manifesta, sia durante il periodo di dilatazione, contrattura prematura delle membrane, sia durante il periodo di espulsione, allora è compromessa le madre ed il feto, perchè il liquido amniotico può infettarsi, e il feto, d'altro canto, può morire asfittico, sia per compressione del cordone, sia per disturbi circolatori utero-placentari.

Insomma, in un gran numero di casi, si deve intervenire, cercando di risvegliare le contrazioni

dell'utero.

I mezzi di cura variano a seconda dei casi; se l'inerzia avviene in principio di travaglio, e il soggetto è debole, occorrono gli eccitanti (thè, caffè frizioni sul ventre massaggio.

Se l'inersia é dovuta a pienezza della vescica, o del retto, si svuota questi organi. Se è dovuta a idramnios, allora si pungono le membrane prema-

turamente.

Quando il parto si prolunga, tanto da compromettere la vita del feto, allora si agisce sul collo

con le iniezioni di acqua a 48°.

Alle volte occorre di fare inalare alla partoriente del cloroformio da un late, e dall'altro lavare il collo con soluzione di acqua e cloralio, per vedere se, dopo il riposo momentaneo, le concontrazioni si risveglino.

Se l'inerzia è dovuta a vizi pelvici, a tumori uterini, non bisogna occuparsi dell'inerzia, ma ve-

nire alla distocia.

E finalmente, quando l'inerzia avviene durante

il periodo espulsivo, il parto si completa col forcine.

E stata, ed è in grande uso la segala cornuta durante il periodo del parto, per risvegliare le contrazioni uterine, ma i chirurgi moderni, hanno proscritto in tutti i casi e in qualunque periodo l'uso di questi medicinali, tranne il caso in cui l'utero si è sbarazzato del contenuto per arrestare le metrorragie, quando queste esistono.

L'autore riporta alcune osservazioni, dell' uso di un succedaneo della segala, che è il solfato di chinina.

Questo medicinale è stato preconizzato, nei caei di debolezza uterina, come capace ad attivare le contrazioni dell'utero.

Alcuni autori sono entusiasti di questo medicinale, la cui azione in questi casi è ritenuta uguale alla segala, ansi gli autori gli attribuiscono tutti i vantaggi, senza averne i difetti.

scono tutti i vantaggi, senza averne i difetti. Altri, invece, negano l'azione di questo medicinale sulla fibra muscolare uterina.

L'autore in due casi di propria osservazione, e in altri casi osservati nella Clinica di Maygrier, ha prescritto ed ha visto prescrivere, il solfato di chinina, sia per risvegliare le contrazioni spente, sia per attivare le contrazioni deboli, ed i risultati in molti casi sono stati ottimi e rapidi.

Molti autori hanno discusso sull'azione del solfato di chinina sull'utero.

Petitjean nel 1845, riteneva il solfato di chinina come un medicinale che provocava l'aborto, e raccomandava di essere prudenti nei casi di gravidanza nel somministrare, anche nelle febbri malariche, il solfato di chinina.

Waren, più tardi, asseriva, che non esisteva un preparato tanto forte per provocare lo aborto some il solfato di chinino.

Pollak e Roberts ammettono pure l'asione abortiva di questo medicamento, specie nei primi mesi di gravidansa.

Rancilin, nel 1878, in un lavoro eseguito sugli animali, veniva alle stesse conclusioni. Monte ver di, che più di tutti ha insistito sull'asione abortiva del medicinale, ritiene che la chinina ha un'asione elettiva sull'utero gravido, e può anche provocare l'aborto e lo sgravo prematuro, risveglia le contrazioni uterine, e le rinforsa durante il tra/aglio del parto.

Secondo quest' autore, la segala è inferiore al solfato di chinina, anzi le contrazioni provocate dalla segala, sono tetaniche, continue e quindi dannose per la madre e pel feto, mentre col solfato di chinina sono intermittenti, come le contrazioni fisiologiche.

Magnin, nel 1878, confermò i risultati di Monteverdi,

Altri autori, invece, negano l'azione, di cui sopra, di questo medicinale.

Briquet, nel 1855, e Chiara poi, avendo somministrato il solfato di chinina in 40 donne gravide, ottenne un risultato negativo.

Burdel, Campbell, Barket, Ackermann ed altri autori, vennero a risultati negativi.

Tarnier, nel 1878, in 4 donne somministrò del solfato di chinina per provocare il parto prematuro. anco con risultato negativo.

Per Bonfils, Easley, Duboné il solfato di chinina somministrato a dosi terapeutiche, non è un medicamento che provoca l'aborto.

Per Schröder l'asione abortiva del chinino è molto dubbia.

Secondo Auvard la chinina provoca le contrazioni uterine, ma quest'azione è incostante.

I risultati quindi dei diversi autori appaiono molto contradittori.

Però l'autore dalle proprie esperienze e da quelle di altri deduce:

che il solfato di chinina agisce sulla fibra muscolare uterina, determinando contrazioni intermittenti come nelle contrazioni fisiologiche;

che non arreca danni al feto come la segala; che somministrato durante il parto agisce dopo 20-25 minuti; se le contrazioni nterine sono deboli o cessano, allora il solfato di chimina le rinforza o le risveglia; e sono brevi e frequenti le contrazioni, allora con l'uso di questo medicinale, esse vengono regolarizzate; infine, sotto l'influenza della chimina l'autore ha notato sempre la dilatazione del collo.

La dose che ne somministra è di un grammo in due prese con l'intervallo di 10 minuti l'una dall'altra (*La Mèdecine modèrne*, n. 8, 1897).

Vajana

Schaute. — Sull'evarietemia vaginale.

L'autore riferisce su 2.8 casi di cistomi dell'ovario, da lui operati per la via vaginale, via che Fehling non vuole si segua come metodo generale in simili casi.

Le indicasioni per l'ovariotomia vaginale si hanno, quando mancano aderenze delle cisti ovariche con le pareti addominali e con le anse intestinali, e nel caso di sviluppo intra-ligamentare di cisti, le quali crescono in gran parto nel bacino e per ciò sono accessibili per la via vaginale. Conseguentemente al già detto ci vuole molta oculatezza nella diagnosi in riguardo alla questione della spostabilità di tali tumori.

La tecnica operativa nell'ovariotomia vaginale è assai semplice ed universalmente nota; essa però è complicata nei casi di cisti multiloculari, in cui si può ricorrere allo svuotamento, mediante il tre-quarti, delle singole cisti, per ridurre di molto il volume della neoplasia.

Delle 28 donne operate dall'autore e dal suo assistente, ne è morta una sola in cui una ciste colloide era scoppiata durante l'operazione ed il suo contenuto erasi versato nella cavità peritoneale, il che però può anche succedere nel caso che si estirpi il tumore mediante la laparotomia (Wiener medic. Woch., n. 1, 1897).

Scagliosi

TECNICA TERAPICA

Sella tecnica dei suppositori. L. Lewin e F. Esch. baum. — Le condizioni, per cui un suppositorio possa contentare le esigenze dal medico, devono essere le seguenti:

1. Il medicamento deve essere distribuito e-

gualmente nel suppositorio;

2. Il medicamento deve essere prontamente liberato dal suppositorio:

8. Il suppositorio deve essere, per quanto è possibile, sterile;

4. Íl suppositorio deve potersi introdurre facilmente:

5. Il suppositorio deve contenere una deter-

minata dose del medicamento.

Le formule di preparazione, che sinora si hanno per i suppositori, non adempiono alle esigense su esposte. Questo vale specialmente per i suppositori fatti con burro di cacao, il quale, com'è noto, viene liquefatto e si tenta poi di mischiarvi uniformemente il medicamento e quando la massa sta per solidificarsi si versa in cartoccini di carta incerata. Con questo metodo è evidente, che quand'anche si fosse esattamente colpito il punto di solidificazione del burro di cacao, pure in quei casi, in cui il medicamento (morfina, cocaina, ecc.), è mischiato soltanto meccanicamente alla massa fondamentale, non si ha una distribuzione uniforme del farmaco in tutti i suppositori, anzi taluni possono non contenere affatto del medicinale.

L'autore consiglia di unire al burro di cacao un pò di grasso o di olio e di fare così una massa plastica, che si stende col rullo e si riduce in piccoli coni, ognuno dei quali contiene approssimativamente la dose prescritta. Una delle forme da servire da modello è la seguente,

> Joduro di potassio 0,2 Burro di cacao 8,0 Sugna q.b.

mischia esattamente e fa suppositori.

I suppositori fatti con glicerina sono superiori, sotto ogni riguardo, a quelli preparati con burro di cacao, perchè il medicamento sciolto in acqua può essere uniformente distribuito nella soluzione acquosa di gelatina alla glicerina e perchè è più facile l'assorbimento del medicinale.

Tuttavia i suppositori alla glicerina presentano degli inconvenienti, che consistono in ciò: che essi non sempre sono sterili, che vengono preparati con una colla, di cui si sconosce la provenienza e la quale contiene spesso diversi prodotti, che non sono indifferenti all' organismo umano.

Ad ovviare tali inconvenienti si è sostituito la glicerina con agar, la quale, unita all'acqua, forma una massa gelatinosa. La proporzione, in cui si unisce l'agar all'acqua è di 1 parte di agar e 29 parti di acqua; il tutto si mette per alcuni minuti nella stufa a vapore e si ottiene così una massa, che, dopo breve tempo, solidifica. Si neu-

tralizza la reazione acida dell'agar aggiugendo a 10 gr. di agar polverizzato 10 centigr. di bicarbonato di sodio.

Nell' acqua (29 parti), che si unisce all'agar per formare la massa gelatinosa, si scioglie il medicinale che si vuole adoperare.

Ecco una formula per fare praticamente questi suppositori.

Polvere di agar gr. 1 Bicarbonato di sodio centigr. 1 Joduro di potassio gr. 1

si versa il tutto in un recipiente, si aggiungono 29 gr. di acqua, si agita fino a sciogliere il KI, quindi si scalda per 5-10 minuti in bagno-maria ed in ultimo si versa la massa d'agar liquida in piccoli recipienti conici, fatti di carta e capaci ognuno di contenere 8 gr. di massa.

Per l'antipirina bisogna adoperare maggiore quantità di agar, quasi il doppio e talora anche il triplo della quantità necessaria per l'IK.

Con alcuni medicamenti, come l'unguento mercuriale, il sottonitrato di bismuto, non si possonofare dei suppositori col metodo suddetto ed allora si fanno i coni di agar, sui quali si strofinano i suddetti farmachi.

I suppositori al tannino possono farsi sensa impiego del calore.

Si impastano
Tannino parte 1
Polvere d'agar e 2
Acqua 7

e si fanno quanti coni si vogliono.

Gli autori si propongono di adoperare, d'ora in poi, i suppositori fatti con agartanto per uso medicinale, quanto per uso ostetrico (*Deut. medic. Wochenschr.*, n. 8, 1897).

Scagliosi

TERAPIA PEDIATRICA

Barozzi. — La cura delle emerragie gastre-enteriche dei neenati

Le emorragie gastro-intestinali si osservano raramente nei neonati, cioè a dire nei primi quindici o venti giorni che seguono alla nascita, ma la loro importanza è considerevole ed i disordini che possono determinare sono troppo gravi, perchè sia indifferente per il pratico di sapersi orientare allorquando si trova in presenza di un accidente di questo genere.

Nell'immensa maggioransa dei casi, l'emorragia si manifesta nei primi tre giorni della nascita, ed ordinariamente s' inizia con una ematemesi; il melena viene in seguito. Più raramente non vi ha traccia di sangue, ed i fenomeni generali, pallore, abbattimento, etc., sono quelli che mettono il clinico sulla strada.

Allorquando l'emorragia è insignificante e lo stato generale del neonato non offre alcun sin-

tome allarmante, sarà sufficiente una attenta sorveglianza delle condizioni della respirazione e della circolazione. Può riuscire utile la somministrazione di qualche goccia di percloruro di ferro in una pozione succherata che si darà secondo l'età ogni cinque minuti, ovvero ogni quarto u'ora.

Quando invece l'emorragia è più grave, secondo Hermary, occorre badare alle tre seguenti indicazioni:

1. La rivulsione cutanea.

A questo scopo serviranno gli stimolanti ordinari: frizioni secche od alcoolizzate, bagni caldi alla temperatura da 88° a 40° della durata da 1 a 5 minuti, etc. Il neonato naturalmente deve essere tenuto ben caldo avvolgendolo dopo il bagno con ovatta ovvero con panni di lans.

2. Sostenere le forse con la alimentazione. Lo allattamento deve essere fatto ogni due ore, calcolando presso a poco che la quantità del latte

non oltrepassi i 10 grammi.

3. Provocare la vera costrizione gastro-enterica per mezzo di bevande fredde, del ghiaccio, del-

l'ergotina, etc.

L'ergotina costituisce une dei migliori messi emostatici che possediame. Si può prescrivere per niezioni sottocutanee alla dose di 174 o di 172 siringa di Pravatz, ovvero in una pozione: 20-50 centig. in qualche grammo d'acqua succherata.

L'estratto di ratania, alla dose di 2 a 4 gramni in una pozione succherata, il tannino alla dose di 15 centigre, l'acido gallico, etc., sono stati adoperati ugualmente con buoni successi.

Infine, l'estratto fluido d'hamamelis virginica (20 gocce ogni mezz' ora) è stato raccomandato spe-

cialmente da medici americani.

Ma se l'emorragia è ancora più grave, ed il neonato si trova in uno stato d'anemia avanzata, con minaccia di collasso, allora bisogna ricorrere a quei mezzi che valgono a rianimare la respirazione, ed a ristabilire la circolazione gravemente compromessa. Fra tutti i rimedi vantati, i revulsivi cutanei e le iniezioni sottocutanee di siero artificiale o naturale riescono i più efficaci.

Le formule di siero artificiale sono numerose; le più adoperata sono quelle di Cheron, Lu-

ton ed Hayem.

Cheron raccomanda la seguente soluzione:

Acido fenico	gr.	1
Cioruro di sodio	•	2
Fosfato di sodio	•	4
Solfato di sodio	•	8
Acqua distillata e sterilizzata	•	100

Il siero di Hayem si compone dei seguenti elementi:

Solfato di sodio		gr.	10
Cloruro di sodio		•	5
Acqua distillata		•	1000
Luton consiglia invece	la	seguente	soluzione:
Fosfato di soda		gr	5
Solfato di soda		•	10
Acqua distillata		>	100

La 1ª e l'ultima sono adoperate alla dose di 5 grammi, ripetute 2 o 8 volte nelle 24 ore, per

iniezioni sottocutanee; quella di Hayem, invece, si può adoperare alla dose di 10 grammi.

Anche la soluzione semplice di 7 grammi di cloruro di sodio per 1000 grammi d'acqua sterilizzata, è eccellente e può ritenersi superiore alle altre.

Se ne possono iniettare, sensa inconvenienti 10 grammi due volte al giorno.

La cura preventiva ha pure un'importanza capitale.

La prima cura deve essere quella di assicurare la libera funzione degli atti respiratori. Si badera quin il che le vestimenta del neonato non ostacolino le escursioni toraciche e si procurera sopratutto che i bambini non ricevano una quantità di latte troppo abbondante durante il giorno.

Infine, bisogna ricordare che la sifilide è stata considerata come una causa della emorragia, e per ciò in questi piccoli ammalati, il mercurio ed il joduro di potassio potranno assicurare degli eccellenti risultati (La Presse mèdicale n. 2, 1697).

Bentivegna

NOTIZIE

Consiglio superi oro di Sanità.

Il giorno 14 del corrente mese si è riunito in sessione ordinaria il Consiglio superiore di Sanità.

L'ordine del giorno era il seguente:

Relazione dell'ufficio sanitario del Ministro dell'Interno circa i fatti principali riguardanti l'igiene e la sanita pubblica nel Regno durante il 2º semestre 1898.

Progetto di regolamento pel funsionamento dell'ufficio tecnico sanitario dello Stato.

Progetto di regolamento per la preparazione e venedita dei vaccini, tubercolina, sieri, ecc.

Progetto di appendice al regolamento di sanità marittima.

Iusegnamento dell'igiene sperimentale nelle RR. Università.

Consorsio sanitario Montalto Ligure e Carposio.

Bosco Marengo. Instituzione di una seconda condotta medica.

Teodorano. Sospensione del medico condotto dott. Rossetti.

Atesa. Licenziamento di 4 medici condotti.

Richiesta di parere circa la natura della malattia p r cul morì l'ufficiale poetale T. Tardi ti.

Manicomio di Geneva.

Ricorso contro il decreto del prefetto che ne modificò il regolamento interno.

Palermo. Ampliamento del cimitero di S.M. del

Carrano-Ionio. Ricorso dell'avv. Basto Domande di privativa industriale.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC-ARONE

Tipografia della Riforma Medica

Schmario. — Riviste sintetiche originali. Sulla dottrina del neurone nella struttura dei centri nervosi. — 2. Lavori originali. Ospedale civile e militare di Fermo diretto dal dott. Orasio D'Allocco.—Parecchi casi di micclonia, la maggior parte familiari. Contributo al valore della medesima quale sintoma di stato degenerativo, specialmente epilettico, e quale reasione di neuroni motori, pel dott. O. D'Allocco. — 3. Le Cliniche francesi. Ospedale S. Antonio di Parigi (dott. Galliard). Le cirrosi dell'intestino.—4. Pratica pediatrica.—5. La medicina italiana all'estero.—6. Notisie.

RIVISTE SINTETICHE ORIGINALI

Sulla dottrina del neurone nella struttura dei centri nervosi.

Rapporti tra la cortercia cerebrale e i gangli della base.-Il metodo diretto di osservazione ha dimostrato fin'ora poche e difettose connessioni tra la corteccia cerebrale e i gangli della base, e dobbiamo quasi esclusivamente al metodo in diretto delle degenerazioni secondarie sia sperimentali che anatomo-patologiche, le cognizioni sui possibili rapporti tra le cennate parti del sistema nervoso centrale. È merito specialmente del Monakow di avere costruito, sopra dati di fatto desunti dalla osservazione istologica, uno schema, che, se non è del tutto corrispondente ad alcuni fatti generali riguardanti le connessioni tra gli elementi nervosi, pure soddisfa abbastanza l'esigenze degli studiosi. Il Monakow ammette che nei gangli della base esistano: 1º un complesso di neuroni che dopo lesioni corticali non viene alterato (neur ni appartenenti, in gran parte, al cervello medio, posteriore e retrocervello); 2º un complesso di n uroni, che senza il cervello (corteccia) non sono capaci di esistere e degenerano già dopo poche settimane dall' operazione (directe Groshirnanthecle); so an complesso di neuroni che dopo l'estirpazione di un emisfero (corteccia) degenerano in parte, sicchè i loro elementi perdono parzialmente la loro forma e diminuiscono di volume. In una numerosa serie di ricerche, l'autore viene a studiare poi la speciale organizzazione dei rapporti tra le masse grige sotto-corticoli e le varie sezioni del mantello cerebrale ed ecco i Tisultati delle sue ricerche: a) il gruppo ante-riore dei nuclei talamici dipende direttamente dal quinto anteriore della circonvoluzione soprasilviana e dalle parti vicine: b) il gruppo dei nuclei interni del talamo, dipende dalla corteccia situata al davanti del giro sigmoideo; c) i nu-clei laterali talamici dipendono dal lobo parietale; d) i nuclei ventrali del talamo sono in rapporto con la parte posteriore del giro sigmoideo, il 3º ant. dalla circonvoluzione coronaria e silviana sino al territorio dei nuclei talamici laterali; e) il nucleo talamico posteriore dipende da una soma corticale situata tra la sfera uditiva e

la sfera visiva; f) il pulvinar ha il suo territorio corticale nei tre quinti della circonvoluzione soprasplenica: g) il corpo genicolato esterno dipende dai tre quinti posteriori della 1ª e 2ª circonvoluzione esterna della sfera visiva; h) il corpo genicolato interno ha il suo territorio corticale nel lobo temporale; i) il corpo mammillare dipende dall'uncus e dal corno di Ammone.

Questi risultati sono dedotti dai risultati sperimentali sugli animali. In base poi a vari casi anatomo patologici personali e a quelli di Seegen, Kuhn, Widmer, etc., il Monakow conclude che anche nell'uomo ad ogni regione dei talami ottici corrisponde un gruppo di neuroni

di date regioni corticali.

La topografia corticale dei vari gruppi cellulari dei gangli della base dell'uomo, secondo il Monakow è la seguente: 1º Il corpo genicolato interno trovasi in relazione con la prima circonvoluzione temporale; 2. Il corpo genicola to esterno dipende dal cuneo e dal lobulo linguale; 3. Il pulvinar dipende dalla stessa zona co ticale, e inoltre dalla parte posteriore delle circonvoluzioni parietali, superiore ed inferiore; 4. Il nucleo talamico posteriore dipende dalla parte posteriore della 2ª circonvoluzione temporale e dalla occpito-temporale; 5. il gruppo dei nuclei ventrali del talamo ottico s'irradia nell'opercolo, nelle circonvoluzioni centrali e nella sopramargina. le; 6. I nuclei talamici intimi sono in rap. porto con la 2ª e 3ª circonvoluzione frontale e con la parte anteriore dell'insula; 7. Il nucleo laterale (parte dorsale del nucleo laterale degli au. tori) ha in comune coi nuclei ventrali la sua irradiazione corticale; 8. Il tubercolo anteriore avrebbe la sua zona corticale nella parte interna della 1ª circonvoluzione frontale e del lobulo paracentrale; 9. Il corpo mammillare dipenderebbe dall' uncus e dal corno di Ammone; 10. Il corpo di L u y s dipenderebbe dal nucleo caudato e dal *putamen* e non da una vera zona corticale; 11. Il nucleo rosso è in relazione con l'opercolo; 12. la substantia nigra con la 3º circonvoluzione frontale e con la parte frontale delinsula e dell'opercolo; 18. Il tubercolo quadrigemello anteriore, col lobo occipitale; 14. Il tubercolo quadrigemello posteriore, con la prima circonvoluzione temporale.

Per riguardo al modo di interpretare le degenerazioni secondarie osservate ne nuclei sottocorticali, sia negli animali da esperimento che nei reperti di cervelli patologici umani, Monakow si basa sul fatto, che, dopo lesioni di territori corticali il processo degenerativo si estende a traverso la corona raggiata sino ai nuclei subtalamici, nei quali, siccome si trovano anche degenerati la maggior parte dei gruppi cellulari, così devesi concludere che i corrispondenti fasci di fibre della corona raggiata, sono costituiti da cilindrassi diretti delle cellule dei talami che vanno a terminare sulla corteccia cerebrale.

In base alle osservazioni precedenti, il Monakow costruisce uno schema composto: 1. da un neurone cortico-ventro-talamico e da uno ventro-talamico-corticale (quest'ultimo è fornito di numerose collaterali); 2. da due neuroni, dei quali l'uno ha origine nei nuclei dei cordoni posteriori e l'altro nel ponte e nella formatio reticularis: ambedue si terminerebbero nei nuclei ventrali dei nuclei vertebrali ottici; 3. fra queste due coppie di neuroni se ne troverebbe un altro in tercalare, che permetterebbe la propagazione delle eccitazioni centripete in direzione corticale.

La maggior parte dei nuclei dei talami ottici sono per ciò tanto regioni di origine per le irradiazioni corticali, quanto regioni di terminazione per le fibre provenienti dalle regioni caudali.

Per ciò che riguarda il modo di connessione tra le parti cerebrali sotto-corticali dell' nomo, specialmente del cervello medio, con la corteccia cerebrale, si può dedurre che, fatta eccezione delle fibre piramidali, la maggior parte delle fibre della corona raggiata provengono dal cervello medio. Ed è specialmente il talamo ottico, quello che rappresenta la sorgente più importante di eccitazioni per la corteccia ed è per mezzo di esso che gli stimoli ottici, acustici e tutti gli altri stimoli sensitivi vengono trasmessi alla corteccia cerebrale. Ma il talamo non sarebbe la sola sorgente di eccitazioni per la corteccia: lo sono anche, in seconda linea, il nucle di Luys, la substantia nigra, la sostanza grigia superficiale delle eminenze bigemine anteriori la sostanza grigia del ponte e forse anche alcuni gruppi cellulari dei nuclei di Golle di Bur dach: da tutte queste masse grigie, s'irradiano delle fibre che in parte, per mezzo della cuffia passano nella capsula interna e si terminano in regioni corticali più o meno bene delimitate.

Vie di proiezione. Veniamo ora a parlace delle vie lunghe di proiesione, quali sono descritte dai sostenitori della dottrina del neurone e della

polarizzazione dinamica.

Descriveremo prima la via cortico-muscolare o via piramidale, o via delle fibre muscolari. Considerata nella sua forma più semplice questa via viene descritta da Ramon y Cajal, e van Gehuchten, come costituita di due neuroni sovrapposti, di cui l'uno è centrale, l'altro periferico. Il neurone centrale si origina dalla corteccia cerebrale: esso attraversa la sostanza bianca di ciascun emisfero cerebrale e arriva nella midolla spinale, sino alla regione lombare. Durante questo tragitto nell'asse cerebro-spinale il fascio costituito dai cilindrassi dei neuroni centrali porta più specialmente il nome di via piramidale. Questo fascio motore conserva lo stesso volume dalla corteccia cerebrale sino al principio del cervello medio, ma a misura che attraversa i peduncoli cerebrali, la protuberanza anulare, la midolla allungata, diminuisce di volume, perchè successivamente abbandona le sue fibre costitutive ai nuclei di origine dei nervi motori. E più specialmente, le vie piramidali, nate dalla zona rolandica corticale, attraversano la sostanza bianca del centro ovale, formando una parte delle fibre della corona raggiata, e passano nella capsula interna dove occupano il 8º anteriore del segmento posteriore della capsula istessa, e indi nel piede I si terminano i neuroni periferici, con gli ele-

del peduncolo corebrale, dove formano il terzo medio delle fibre costitutive del piede, essendo comprese tra il fascio cortico-protuberansiale anteriore, che è in avanti, e il fascio cortico-protuberanziale posteriore.

Nell'attraversare il peduncolo cerebrale, il fascio delle fibre piramidali diminuisce di volume, giacché abbandona in questa regione le fibre destinate al nucleo d' origine del nervo oculo-motore comune e del nervo patetico, le quali dopo essersi incrociate sul rafe vengono a terminarsi liberamente vicino ai nuclei dei due nervi suddetti, mettendosi in rapporto con i corpi e i prolungamenti protoplasmatici delle cellule radicolari di tali nervi. Lasciato il piede del peduncolo cerebrale, le fibre piramidali arrivano nella protuberanza snnulare: qui una parte di esse lasciano il fascio piramidale, diventano orizsontali, e come fibre arciformi interne si incrociano nel rafe e vanno a terminare liberamente nei nuclei d'origine motori del trigemino, dell'oculo motore esterno e del facciale. La via piramidale passa in seguito nel midollo allungato, dove prende il nome di piramide anteriore: nel bulbo essa ab. bandona delle fibre, che incrociandosi nel rafe, vanno a terminare liberamente nel nucleo dell'ipoglosso, nel nucleo ambiguo o nucleo d'origine motore del glosso faringeo, del vago e della porzione bulbare dello spinale.

Arrivato alla parte inferiore del midollo allungato, le fibre motrici si decussano (decussazione delle piramidi) non completamente, e passano nel midollo spinale, dove costituiscono il fascio piramidale diretto del cardone anteriore o fascio di Türck e il fascio piramidale incrocisto del cordone laterale. Questi due fasci diminuiscono di volume dall'alto in basso, perchè a misura che discendono nella midolla spinale abbandonano le fibre nervose, le quali vanno a terminare nella sostanza grigia delle corna anteriori del midollo spinale, però con questa particolarità, che le fibre del fascio piramidale incrociate si terminano nel corno anteriore della metà corrispondente del midollo spinale, mentre quelle del fascio piramidale diretto si incrociano lungo la commissura b anca anteriore della midolla spinale, per terminarsi nella sostanza grigia del lato opposto.

Passiamo ora alla descrizione del neurone periferico o neurone motore centro muscolare.

Questi, neuroni hanno la loro origine rispettivamente nei nuclei di origine dei nervi cerebrali e nelle corna anteriori del midollo spinale e vanno a terminare liberamente nei muscoli. Questa via motrice periferica, non è incrociata come quella centrale, ma diretta: ciò avviene almeno per tutti i neuroni motori periferici spinali, mentre le fibre dei nervi cranici presentano un incroc amento parziale, ed alcuni (patetico) totale.

Via sensitiva. — Considerata nella sua forma più semplice, anche la via sensitiva viene descritta come costituita da due neuroni sovrapposti, l'uno periferico che collega i vari organi all'asse nervoso, e l'altro centrale, che riunisce le parti inferiori dell'asse cerebro spinale, dove menti dello strato corticale grigio del cervello anteriore.

I neuroni periferici sono costituiti dalle cellule dei gangli spinali, i quali per messo del loro prolungamento periferico (considerato secondo la dottrina del neurone, come protoplasmatico) si mettono in rapporto con gli organi sensitivi e sensoriali; il loro prolungamento centrale (cilindrassile) diventa fibra delle radici posteriori della midolla spinale; quivi si biforca in una branca ascendente e una discendente, che diventano fibre costitutive della sostansa bianca del cordone posteriore: queste fibre emettono nel loro tragitto numerose collaterali, che penetrano nella sostansa grigia del midollo spinale: tali fibre vanno infine a terminare liberamente nei nuclei dei cordoni di Goll e di Burdach, mettendosi in rapporto con le cellule di questi nuclei.

Nei nuclei dei cordoni di Goll e di Burdach, ha origine il neurone centrale sensitivo delle fibre lunghe sensitive: così originatasi la via sensitiva centrale, si incrocia con quella del lato opposto (incrociamento del lemnisco) un poco in sopra dell'incrociamento delle piramidi, passa nel bulbo, lungo la faccia interna delle olive, costituendo lo strato interolivare, aumenta di volume per l'aggiunzione di nuove fibre sensitive appartenenti al vago e al glosso-faringeo, irdi passa nel ponte, dove aumenta ancora per l'aggiunta di nuove fibre sensitive appartenenti all'acustico e al trigemino, e arriva nella cuffia e infine nella capsula interna, dove occupa il 8º posteriore del segmento posteriore o carrefour sensitif di Charcot: dalla capsula interna si irradia nel centro ovale e nella corona raggiata, per terminarsi, finalmente, per messo di ramificazioni libere, tra gli elementi dello strato delle cellule piramidali e dello strato molecolare della corteccia cerebrale.

Una parte dei cilindrassi delle cellule dei gangli spinali non va a terminarsi nei nuclei di Golle di Burdach, ma si arresta, terminando, in varie regioni di sostanza grigia della midolla spinale, costituendo le cosidette vie corte sensitive, le quali pare servano alle vie riflesse.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE E MILITARE DI FERMO, DIRETTO DAI DOTTOE O EASIO D'ALLOGGO.—PARECCHI CASI DI MIOCLONIA, LA MAGGIOR PARTE FAMILIARI.—Contributo al valore della medesima quale sintoma di stato degenerativo, specialmente epilettico, e quale rea sione di neuroni motori, pel dottor O EASIO D'ALLOGGO.

Fin da quando il Friedre i chebbe descritto sotto il nome di paramioclono multiplo un tipo clinico costituito da spasmi muscolari clonici delle estremità, molti altri casi sono stati pubblicati sotto lo stesso titolo, e ad esso identificati. Ma pochi di questi riproducono i tratti as-

segnati da Friedreich al paramioclono multiplo, ed i più costituiscono altre forme di spasmi muscolari, alle quali poi si è dato il nome di corea elettrica di Fubini, di tic non doloroso della faccia di Trousseau, di malattia dei tics, di corea fibrillare di Morvan, di tremore muscolare fibrillare, a seconda delle loro modalità. Al lavoro analitoo di divisione di queste varie forme, il quale tendeva a stabilire una autonomia per ciascuna delle medesime, ed a complicare il concetto della loro natura, è stato, a ragione, sostituito un lavoro di sintesi, dal quale risulta, che tutte quelle varie forme des gnate con le rispettive denominazioni, costitutuiscono forme di transizione o anelli di passaggio l'una dall'altra, e devono essere designate sotto la denominazione collettiva di micclonia, perchè tutte hanno per carattere fondamentale lo spasmo muscolare clonico. La sintesi accennata, la quale così raggruppa sotto lo stesso tipo o nella stessa famiglia sindromi morbose in apparenza differenti, deve essere sopratutto attribuita a Ricklin, Remack, Sbomen, Schultze, Seeligmüller, Ziehen, Raymond, il quale ultimo scrisse in proposito un magnifico lavoro riportato nel numero 5 della Semaine medicale del 1895. Un'altra conclusione a cui pervenne quest' autore si è, che tutti questi stati mioclonici hanno per carattere comune di essere espressioni, ovvero prodotti, dello stato di degenerazione. Non è raro quindi osservare la mioclonia nella neurastenia, nell'isterismo e nell'epilessia, che sono tipi morbosi che si sviluppano su terreno degenerativo. Ora, il concetto unitario delle varie forme di mioclonia, ed il suo significato quale espressione di uno stato di degenerazione dell'individuo, risulteranno chiari anche dalla esposizione più o meno sommaria dei miei casi, i quali per ciò costituiscono, in proposito, un contributo di un certo valore. I casi da me raccolti e studiati nello spazio di 2 anni, ammontano a 24. Di essi, 5 sono isolati od individuali, e 19 sono familiari, cioè osservati in 5 gruppi di famiglie diverse. Pochi di essi sono caratterizzati da labe ereditaria neuropatica, ma quasi tutti da stimmate degenerative più o meno spiccate. I casi isolati sono:

1.º (agosto 1894). Giusti Francesco, di anni 14, contadino, senza labe ereditaria. Due anni or sono soffri l'influenza, e nel giugno scorso il morbillo. Da qualche tempo ha cominciato ad avvertire dolori vaghi, indeterminati per la persona, ed un senso di spossatessa, in modo che i suoi soliti lavori campestri gli tornavano pesanti. È un giovanetto apparentemente sano e regolarmente nutrito; si lagna di dolori di testa, variabili per sede, ma costanti e più forti al mattino; di dolore alle gambe, alle ginocchia, più accentuato al mattino. Tale disturbo subiettivo diminuisce o scompare dopo un pò di moto o dopo la colezione. Altri dolori vaghi e transitori sono avvertiti in altre regioni del corpo, come alla nuca, alle spalle, alle braccia. L'infermo ha un coatinuo bisogno di protendersi, di stirare le membra, con che gli sembra di alleggerire le sue molestie. Denudato, e meglio a letto che in qualunque altra posizione, presenta delle contrazioni muscolari cloniche istantanee, aritmiche, agli arti inferiori, glutei, addome, arti superiori e monconi delle spalle, al dorso; al volto, nulla.

Ora si limitano ad un muscolo o ad alcune fibre, cra a più muscoli, ed in quest' ultimo caso producono movimenti di locomozione degli arti alquanto estesi, ma senza scosse notevoli.

L'addome si contrae variabilmente; il tronco, in virtà delle contrazioni dei muscoli spinali, oscilla leggermente ora a destra ora a sinistra, come se reagisse ad un sollet co. Gli atti respiratori, in virtà specialmente delle contrazioni diaframmatiche, si succedono come interrotti ed a sbalsi (respirazione micolonica).

In tutti gli spasmi muscolari non si nota perfetta simmetria circa a tempo, intensità ed estevsione delle contrazioni; essi non diminuiscono con la volontà, crescono con le impressioni morali, con gli stimoli sensitivi dolorosi o molesti di qualunque sorta, o dopo uno sforzo di contrazione tonica volontaria degli arti; diminuiscono alquanto dopo una corsa, scomparise no nel sonno e nella narcosi cloroformica; non disturbano le funzioni motorie volontarie comuni.

Il giovanetto, che pure aveva avvertito da qualche tempo questi movimenti anormali del corpo, non sa determinare l'epoca del loro inizio.

Notasi ancora: leggiero tremito alle mani, riflessi normali, accentuati il patellare ed il vasomotorio della cute, col quale ultimo è possibile ottenere la così detta dermografia; anche spontaneamente, si accentua sul volto ora il pallore, ora il rossore. Forza muscolare normale, ma facilmente si esaurisce; normali la sensibilità e le altre funzioni della vita di relazione e vegetativa.

Circa le stimmate degenerative, abbiamo, dal lato fisico: cranio quasi plagiocefalico, essendo la metà sinistra, della regione frontale e la metà destra della regione occipitale più sviluppate; più sviluppata è ancora la metà sinistra della faccia, compresa la curva dell' arcata sopraorbitaria corrispondente; fronte pochissimo spaziosa; linea d'impianto dei capelli molto al davanti della medesima; lobuli degli orecchi sessili; denti incisivi inferiori in parte sovrapposti; mini e piedi un pò tozzi; imperfetto sviluppo dei genitali con criptorchismo unilaterale; sul pube una semplice pelurie; notasi ancora una iperidrosi dei piedi e delle mani di un fetore ributtante. Dal lato psichico: il giovanetto è di umore triste, si lagna continuamente di disturbi subiettivi, spesso diviene impaziente, irascibile, collerico; è intelligente, ma addirittura analfabeta non avendo ricevuto istruzione di sorta.

2.º (decembre 1895). Settimio Vespini, di anni 12, appartenente pure a famiglia di contadini. Di ereditario, osservasi solo nel padre un tremito alle mani ed alla lingua. All'età di 8 anni ebbe una malattia di natura ignota, di una certa durata, per la quale divenne denutrito. Dal novembre scorso ha cominciato ad avere poco appetito.

Quindici giorni fa, fu visto dai parenti, all'improvviso, gridare a squarciagola ed a riprese, senza che ne sapesse dire la ragione. Alla sera dello stesso giorno, dormendo sul focolare, venne svegliato dal padre perchè andasse a letto, ellevato che si fu, cominciò a presentare una serie di scosse convulsive agli arti superiori, alla testa ed al tronco, seguite da tremore alle mani, e ciò in uno stato di incoscienza. Il fatto fu attribuito dai parenti al freddo, onde il Vespini fu messo a letto, dove, sopravvenuto il sonno, tutto rientrò in calma. Da allora, quasi ogni giorno, si son ripetute le medesime scosse convulsive, le quali sono state sempre accompagnate da modificazioni del carattere e della coscienza: il carattere diveniva strano, irascibile, che spingeva l'infermo ad atti di violenza, la coscienza non era integra, poiche, oltre a questi atti, egli faceva discorsi illogici con allucinazioni visive: era un delirio di atti e di parole di una certa durata, del quale non si aveva coscienza. Un altro fenomeno è stato notato dalla famiglia. L'infermo stando a sedere sulla sedia, appoggiato col capo sulle braccia, e queste sulla spalliera come per dormire, allo improvviso o, quasi fosse molestato nel sonno, si alzava, compiva un movimento di rotazione in. torno al proprio asse, e poi si rimetteva a sedero, brontolando qualche parola. Questo fenomeno, in breve tempo venne osservato una quindicina di volte, sensa che l'infermo, rientrato in calma, mostrasse di averne coscienza.

Il Vespini presentasi di nutrizione e costiturione in apparensa regolari, di colore un pò pallido : al principio del mio esame, noto alcune scosse brusche degli arti superiori e della testa. come se fossero provocate da un forte spavento, nelle quali l'inferme domandate che cosa avvertisse, rimaneva muto. È ratroso ad un ulteriore esame, pare si riesce a persuadervelo, e fattolo quindi denudare, osservansi degli spaemi olonici istantanei nelle varie regioni muscolari, specie alle cosce, addome, petto, dorso, natiche; scosse li evissime agli arti superiori, dubbie al volto, e comprendono i muscoli in massa, di rado i singoli muscoli e i singoli fascetti muscolari, e producono leggeri movimenti di locomozione. Circa le variazioni della loro intensità a seconda degli sforzi, della volonta, degli stimoli, ecc., corrispondono a quelle del precedente caso. Riflesso patellare debole, che accentuaci col metodo J e n d r assik; normali gli altri riflessi; forsa muscolare lievemente indebolita. Segni degenerativi : impertetto sviluppo dei genitali; asimmetria spiccata del volto, essendo tutta la metà destra meno sviluppata; prognatismo, profonde incisure trasversali negli incisivi; carattere ritroso, poco suscettibile alle persuasioni, pauroso, piagnucoloso, spesso strano.

3.º (maggio 1896). Deri Luigi, di anni 13, apprende il mestiere di calsolaio e va a scuola con profitto; non ha labe neuropatica ereditaria notevole. Pel passato ha sofferto dolori vaghi alle gambe e cefalea , specie di notte ; nell' inverno scorso, cominció a presentare un pò di agitazione delle membra, ed un mese addietro, delle smorfie pel viso, e dei movimenti involontari negli arti superiori, che disturbavano la scrittura. Alla mia caservazione: movimenti involontari sul viso da prolugre smorfie svariate, movimenti coreiformi agli arti superiori , lieve agitazione del tronco; ed a corpo nudo, oltre ai movimenti coreiformi, contrazioni muscolari cloniche in masse muscolari e nei singoli muscoli e nei faccetti muscelari, ai polpacci, all'addome, al dorso, rapide, con leggiera locomorione delle membra, e che in generale subiscono le modificazioni di grado notate nei casi precedenti.

Rificaso patellare debole, ma si accentua col metodo Je n d rassi k; normali gli altri rificasi. Fronte ristretta, arcata sopraorbitaria destra abbassata, narici larghe, depresso il sigoma destro, lasco l'impianto dei denti incisivi superiori, incavata molto la volta palatina; orecchie con ampia conca; nessun accenno di peli sul pube; testicoli e pene piccolissimi. Carattere vivace, capriccioso intelligente.

4º (ottobre 1898). Agnelli Luigi, di anni 7, di madre isterica, è di carattere avelto, intelligente, irrequieto, con cranio dolicocefalo, piede destro varo equino, criptorchismo. Da più di un anno è stato notata in lui una certa agitazione delle membra; da 15 di cefalea frontale intermittente. Osservansi, in generale, gli stessi spasmi muscolari clonici notati nel 1º caso.

5º (decembre 1896). Michi Giovanni , di anni 11, esposto, e quindi con precedenti erelitari ignoti, presenta: tremore vibratorio orizzontale. accessionale dei bulbi oculari, con strabiamo apaamodico convergente dell'occhio sinistro; tremore della testa e delle mani: Occipite appiattito con sporgenza nella sua parte superiore, e con scomparsa quasi completa dell' angolo rientrante occipito-nucale; fronte un pò ristretta. con depressione dell'arcata sopraorbitaria e palpebra superiore del lato destro; rima palpebrale corrispondente ristretta; naso diretto obliquamente a destra con la pinna corrispondente depressa; depresso alquanto auche l'angolo labiale destro: l'aspetto ha qualche cosa di cascante, e nel medesimo tempo di sinistro. Il pene è piocolo; esiste un sol testicolo in proporzioni oltremodo piccole, da potersi appena rintracciare. Umore taciturno, un pò triste; intelligenza limitata, e poco suscettib le ad una istruzione elementare, che da qualche tempo viene impartita allo infermo.

Dei gruppi di micolonia familiare, il 1º (decembre 1895) è composto di 4 individui (1 maschio e 8 femine) appartenenti a famiglia di contadini, senza labe neuropatica ereditaria, se pure si voglia annettere importanza ad un tremore delle mani che presenta il padre.

Nel 1º individno, a nome Valentini Errico, di anni 9, da 8 anni si sono scorti dei leggieri convellimenti della persona, come se fossero provocati da un prurito cutaneo; l'anno scorso egli riportò un pugno sulla testa, seguito da epistassi e da una iperestesia dolorosa sulla parte colpita; un mese addietro, nel servire la mesea, gli si offuscò la vista all'improvviso, con senso di vertigine rotatoria, onde vedeva girarglisi innanzi le candele dell'altare: ciò durò pochi minuti. Dopo alcuni giorni, stando in piedi a gerivere, fu preso da improvviso dolore al vertice, gambe e nel resto del corpo, da vertigine, offuscamento di vista e caduta con perdita in completa della coscienza. L'accesso durò pochi minuti, dopo i quali il Valentini si alzò, avver tendo generale debolezza con dolore alle gambe, e dopo mezz'ora si riebbe completamente. Infine, tre giorni fa ebbe a verificarsi un identico accesso, ma più intenso: la caduta potè essere evitata, poichè stando il giovinetto seduto al banco della scuola, riusci a reggersi con le mani; ebbe offuscamento di coscienza seguito da allucinazioni visive (visione di cavalli e cavalieri in fuga) transitorie, mentre il dolore alle gambe ed al resto del corpo durò per alcune ore, restando il dolore al vertice.

E' un adolescente di regolare nutrizione, avverte dolentia al vertice, e presenta dei leggieri movimenti a scosse nelle varie membra.

Fattolo denudare, si osservano qua e là delle contrazioni muscolari cloniche in massa, di rado isolate a singoli muscoli o fascetti muscolari, istantanee come guizzi, da produrre movimenti limitati delle membra; ora prevalgono in un lato, ora in un altro del corpo, e sono continue. Sono particolarmente notevoli alle cosce, natiche, addome, dorso, petto; poco notevoli alle gambe, e arti superiori e volto; si esagerano con le emozioni, ed in generale subiscono le stesse modificazioni di quelle notate nel 1º caso. Alcune volte osservansi dei movimenti fibrillari. Forza muscolare ben conservata insieme ai riflessi, meno il patellare, che è debolissimo, e che diviene sensibile col metodo Jendrassik. Sensibilità piuttosto squisita. Segni degenerativi: imperfetto sviluppo dei genitali, prominenti i mascellari, denti incisivi superiori laschi e con solcature trasversali; gli altri poco sviluppati; lieve asimmetria del volto, cranio obliquo ovalare. Carattere molto sveglio, intelligenza relativamente precoce.

Delle 3 sorelle, la 1ª di anni 12, di salute florida, fin dall'età di 5 a 6 anni cominciò a presentare degli spasmi muscolari, i quali, insieme agli altri fenomeni neuro-muscolari, risultano identici a quelli del fratello, meno il riflesso patellare esagerati. Non vi sono segni degenerativi molto evidenti.

La 2º di anni 6, presenta solo alcuni spas mi superficiali alle cosce, natiche, addome; riflesso patellare debolissimo; segni degenerativi non evidenti.

La 3ª di mesi 30, presenta la stessa forma di micclonia appena accennata alle cosce, addome e

tronco: riflesso patellane debolissimo; segni degenerativi assenti, perchè forse, almeno alcuni, non ancora sviluppati per la tenera età della bambina.

2.º Gruppo (giugno 1896), composto di due individui, sorella e fratello, appartenenti a famiglia di contadini.

La madre, 8 anni fa, ebbe cefalea con allucinazioni, ed attualmente è affetta da una forma frusta di morbo di Basedow (gozzo, tachicardia, tremore alle mani, fenomeni vasomotori e subiettivi vaghi).

L' ava fu ricoverata nel nostro manicomio per frenosi pellagrosa (forma di lipemania ansiosa).

La sorella, a nome Berdini Fiorinda, di anni 10, un pò pallida, nello scorso inverno soffri di cefalea della durata di un mese, che è ritornata un mese addietro, e dura tuttavia. A ciò si sono aggiunti alcuni importanti disturbi psichici, riferitimi dai parenti. La fanciulla ogni tanto rimaneva come estatica, era allucinata, vedeva e riferiva fatti e cose che non esistevano, alle volte cadeva a terra, e rimaneva priva di coscienza, inerte, senza convulsioni. Questi accessi di stato allucinatorio e di incoscienza con caduta, erano trausi ori, e la fanciulla non ne serbava alcun ricordo, ne sapeva darsene ragione. Agli arti, particolarmente interiori, all'addome e natiche osservansi qua e là, spasmi clonici muscolari con leggieri movimenti delle membra, ogni tanto contrazioni fibrillari. Riflesso patellare accentuato. Cranio brachicefalo, con occipite appiattito, fronte e mascellari un pò sporgenti, denti incisivi laschi, crecchio sinistro piccolo: molto incavata la regione tendineo-calcanea interna di ambo i piedi. Carattere pauroso, intelligenza superiore alla sua età ed alla sua classe sociale. Attualmente, non offre alcuno dei disturbi psichici accennati.

Il fratello, di anni 14, ha appena accennato il mioclono, senza notevoli caratteri degenerativi.

(Continua)

LE CLINICHE FRANCESI

Ospedale S. Antonio di Parigi (dott. Gaillard). La cirrosi dell'intestino.

Nel 1827, Bright, aprendo l'addome di 2 soggetti affetti da cirrosi del fegato, constatò la apparenza edematosa delle valvule conniventi, che formavano delle lunghe vesciche ripiene di sequa, collocate di trasverso nell'intestino ». In un terzo cirrotico «l'intestino inciso mostrava le pareti spesse, in qualche punto, per un sesto di pollice; la mucosa non era ulcerata, le valvule conniventi erano avvicinatissime; tutto sembrava contratto nella sua lunghezza, come fissato in questo stato dallo inspessimento della sierosa peritoneale. Il mesentere era quasi scomparso.

Si trattava di una cirrosi intestinale, paragomabile alla cirrosi del fegato? Si trattava di una retrasione prodotta dalla peritonite fibrosa raggrinsante? Si trattava di una compressione del liquido ascitico?

Gli anatomo-patologi non si sono molto preoccapati a rispondere a queste questioni.

Gratia nel 1890 ha studiato il raccorciamento dell'intestino nella cirrosi di Laënne c; egli ha constatato l'inspessimento della mucosa, talmente accentuato, che le valvule conniventi si avvicinavano alla valvula ileo-cecale; l'inspessimento del tessuto connettivo della parete intestinale, la cirrosi manifesta a preferenza attorno le radici della porta, la peritonite generalizzata (foglietto intestinale e le lamine mesenteriche) avevano prodotto la retrasione della sieross.

Egli mostrò che il processo infiammatorio non si era limitato al fegato, ma si era esteso per tutto il sistema della vena porta; paragonò l'intestino, rinserrato dalla sierosa, e compresso dall'escite, al polmone imprigionato nella pleurite eronica.

Citando le ricerche di Gratia, Chauffard descrive a sua volta l'intestino dei cirrotici, non solamente raccorciato ma inspessito; tutto il tubo digetivo contratto e atrofico.

Nel 1896 comparve la memoria di Bottassi: in 9 autopsie di cirrotici, la retrasione dell'intestino esisteva, ma meno pronunciata che nei casi di Gratia e di Chauffard (lunghessa minima, 6 metri e 25 cent.). La peritonite formava alla superficie intestinale sia delle vere briglie fibrose, sia delle larghe piastre a preferensa a livello del colon, quantunque questo non offrisse altro che del catarro, con una iper-

trofia spiccata dei follicoli linfatici. L' intestino tenue presentava uno sviluppo straordinario delle valvule conniventi, un allungamento delle villosità, invase da numerose cellule, una infiltrazione cellulare prodottasi attorno e al disotto delle ghiandole di Lieberktihn, una infiltrazione cellulare e una proliferazione connettiva nella sotto-mucosa, infine una infiltrazione circumvascolare, una dilatazione delle vene e uno inspessimento delle pareti arteriose.

Dai lavori che ho citato, l'esistenza di una cirrosi diffusa dell'intestino, per quasi tutta la sua lunghezza pare dimostrata; questa cirrosi può coincidere con la cirrosi del fegato; essa è parimenti suscettibile di precedere la cirrosi di quest'organo; Bottassi ha dimostrato che non vi è parellelismo costante fra le lesioni di selerosi intestinali ed epatiche.

Può esistere una cirrosi intestinale senza la cirrosi del fegato? Nei suoi precetti di anatomia patologica Andral descrive l'ipertrofia del tessuto sottogiacente alla membrana mucosa del tubo digestivo: «Spesso, dopo l'inisio del colon fino al retto è interposto fra la tunica mucosa e la muscolare uno strato bianco di circa due linee di spessore. — Molte volte nei bambini di 4 a 12 anni, affetti da diarrea cronica, io ho constatato l'ipertrofia del tessuto cellulare sottomucoso in tutta la lunghesza del gresso intestino.

Grisolle, avendo segnalato nella entero colite oronica l'atrofia dell'intestino, aggiunge:
«Altre volte al contrario, le pareti intestinali, specie se si tratta di malattie del colon, sono inspessite, indurite, biancastre, per l'inspessimento del tessuto cellulare».

Si sa che la disenteria cronica produce la diminuzione di volume dell'intestino grosso. « Le pareti inspessite — descrive V a i l l a r d nel trattato di medicina di Brouardel — misurano alle volte 1 cent. e 1 cent. e messo, sono di una duressa scirrosa... Le lesioni variano d'aspetto da un punto all'altro. Rispetto all'intestino tenue, la sua mucosa è scomparsa per una sclerosi che l'ha atrofiszata».

Nell'entero-colite cronica e nella disenteria cronica, la sclerosi è consecutiva al catarro della mucos: e alle ulcerazioni; non è meraviglia il vedere, adunque, mancare la sclerosi epatica, però è strano l'assenza di questa lesione del fegato, quando si constatano importanti lesioni peritoneali e dei rami d'origine della porta.

All'autopsia di una donna di 44 anni, morta

all' ospedale Guy nel 1861, Wilks ha visto, dopo lo scolo di un liquido ascitico, l'intestino rinserrato nel mesentere, il grande epiploon rugoso e retratto, il peritoneo trasformato in tessuto fibroso consistente, alla superficie del colon ascendente e del discendente, molto inspessito a livello del retto, della Siliaca, del colon trasverso e sulla superficie dello stomaco. I tagli della parete gastrica mostravano un inspessimento considerevole, dovuto all'ipertrofia della tunica muscolare e dello strato sottomucoso, specialmente a livello del piloro e del cardias; i tagli dell'intestino mostravano le stesse alterazioni, ma meno pronunziate. Nessuna lesione del fegato, nè delle altre ghiandole addominali.

L'osservazione di Wilks può assere avvicinata a quella che Hanot e Gombault hanno pubblicata nel 1882, e nella quale la sclerosi sotto-mucosa ipertrofica, con retro-peritonite callosa si accompagnava a sclerosi parsiale del duodeno e del colon trasverso. Come Wilks, Hanot e Gombault ammettono una sclerosi propagata dalla sierosa alla parete del tubo digestivo, una sclerosi per penetrazione; nel loro caso, la milsa era diminuita di volume, il fegato era cirrotico.

Questi autori non hanno cercato quale parte le radici della porta avevano avuto nella patogenesi della lesione. Al contrario L e tulle, facendo l'autopsia di un uomo di 84 anni, morto per esofagorragia, ha mostrato come l'intossicazione alcoclica possa suscitare l' infiammazione delle meseraiche, delle esofages, la peritonite fibrosa sotto-ombelicale (epiploon gastro-epatico, rivestimento del panereas e del duodeno, mesentere), la tumefazione enorme della milza, senza determinare nè cirrosi del tubo digestivo, né cirrosi del fegato.

Gratia ha avuto ragione nel sostenere che invece di considerare strettamente la cirrosi atrofica del fegato, bisogna considerare l'infiammasione di tutto il sistema portale dalla sua radice fino alle ramificazioni terminali.

Delpeuch ha insistito su questa verità in una tornata della Società di medicina degli ospedali (1892), nella quale Millard riportò una curiosa osservazione di cirrosi guarita: «Bisogna considerare la cirrosi alcoolica come una affesione di tutto il sistema della porta, una vera pileflebite cronica. Se le origini peritoneali sono a preferenza lese, si avranno i principali sintomi della cirrosi, ma il figato sarà normale, o aumentato di volume, la cellula epatica sarà con-

servata. Se, al contrario, il processo sclerotico intra-epatico è la lesione dominante, le cellule saranno atrofiche, ogni nuova via di derivazione sarà insufficiente, ogni cura sarà insufficace ».

In un ammalato di cirrosi atrofica senza peritonite, Dieulafo y e Girande a u hanne descritto delle venule, che avevano meno di 2 millimetri di diametro, e in qualche punto, la loro tunica esterna era raddoppiata, triplicata in volume: le altre tuniche erano atrofiche o scomparse; nei territori più alterati, la perifiebite delle branche d'origine della porta, produceva dei prolungamenti fibrosi, che riunivano nel loro spessore le vene, le arterie e i nervi vicini.

Sia d'origine tossica, o di origine microbica, l'inflammazione sistematica attacca il sistema portale così nelle sue origini, come nelle sue terminazioni. Pilefiebite radicolare, peritonite fibrosa, sclerosi dell'intestino e dello stomaco, pilefiebite tronculare, pilefiebite terminale, sclerosi del fegato, queste sono le modalità anatomo-patologiche della intossicazione per alcool, e, in senso generale, delle tossi-infesioni croniche.

Tutte queste lesioni non sono spesso riunite, gli ammalati muoiono troppo presto; associate o diesociate, esse portano sempre la marca della loro comune origine.

Nelle cirrosi circoscritte dell'intestino, più che nelle cirrosi diffuse, si vede chiaramente la parte che ha avuto nella produzione patologica, la penetrazione fibrosa di origine peritoneale.

Ciò che si avvera per l'intestino, si avvera anche per lo stomaco e per il fegato.

L'origine peritoneale, delle cirrosi circoscritte dell'intestino, non è sovente facile a stabilirai; in un gran numero di casi fa mestieri rigettare l'influenza della sierosa.

Così la cirrosi tubercolare; io ho insistito, in alcuni lavori, sulle manifestazioni ileo-cecali e rettali, ed ho mostrato che esse si sviluppano con o senza ulcerazioni della mucosa, in seguito all' inflitrazione tubercolare sotto-mucosa.

Prendiamo la sifilide; si conosce benissimo la frequenza delle sclerosi sifilitiche del retto nelle donne.

Dopo avere descritto la sifilide ano-rettale, Fournier ha distinto due forme: l'una gommosa, curabile, l'altra sclerotica, che resiste alla cura medica e che richiede l'intervento chirurgico.

Bisogna riconoscere nella infiltrazione gommosa e nella arterite specifica, il punto di origine della sclerosi ipertrofizzante; quando la mucosa è distrutta si può zitroyama attemao alle ulcerazioni, una corona di gomme miliari, poco sporgenti, leggermente indurite, o anche in via di caseificazione, dei noduli che formano, sollevando la mucosa, le saliense vellutate che Schuch ar d considera come patognomoniche della sifilide rettale al primo stadio. Questi noduli esistono in tutte le tuniche dell'organo. La solerosi di origine sifilitica non si manifesta solamente nel retto; la si ritrova nella parete dell'intestino tenue, del cieco, del colon, combinata sovente con le ulcerazioni della mucosa e la degenerazione amiloidea.

La blenorragia rettale provoca anch'essa dei restringimenti che Delbet e Mouchet paragonano con quelle dell'uretra; quivi la parte, che l'infesione e i microbi hanno avut) nella patogenesi della sclerosi sottomucosa è assai manifesta.

A fiance delle cirrosi circoscritte, che bisogna chiamars specifiche, è necessario collocarne delle altre d'origine misteriosa; Crick ha fatto l'autopsia di un soggetto, che aveva molt restringimenti fibrosi, inegualmente distanti gli uni dagli altri, negli ultimi 50 centimetri dell'ileo; il più angusto restringimento permetteva appena il passaggio di un piccolo stiletto.

L'enorme inspessimento della parete intestinale era causato dalla iperplasia connettivale, che aveva invaso tutte le tuniche (la sotto-peritoneale, la muscolare, la sotto-mucosa e la mucosa fin sotto l'epitelio). Le fibre muscolari erano in via d'atrofia, le ghiandole scomparse; da per tutto si trovarono delle irradiazioni del tessuto connettivo perivascolare, che inviluppava gli elementi nobili.

Nella categoria delle cirrosi circoscritte il posto d'onore spetta alle cirrosi cicatriziali.

Presso l'ano noi troviamo delle cicatrici, che risultano da ferite, da pisghe prodotte da corpi estranei, da ulcere semplici e fagedeniche, da im pisgamenti sifilitici, da sifilide terziaria ulcerata; nel colon quelle che originano da colite ulcerosa e specialmente dalla disenteria.

Alla regione ileo-cecale appartengono le cica trici stenosanti, che succedono alle ulcerazioni della tubercolosi, del tifo, o alla retrazione parietale dopo l'apertura spontanea di ascessi peritiflitici.

Nel duedeno risiedono le stenosi per cicatriszasione completa o incompleta delle ulcere semplici duoienali, quelle che risultano dalle fistole

colecisto-duodenali, le quali sono generalmente d'origine colelitiasiche.

Quale era l'origine dei 4 restringimenti attribuiti all'infiammasione e alla suppurazione delle piastre di Peyer nella giovane di 22 anni, alla quale Koeberlé ha resecato nel 1881 due metri di intestino tenue? L'autore non l'ha potuto precisare, perché l'operata non aveva avuto né febbre, nè alcun sintoma caratteristico, e l'esame istologico praticato da Recklinghausen ha lasciato delle incertesse.

Le stesse incertesse sono rimaste in un caso simile di Desanneau.

I sintomi delle cirrosi intestinali sono spesso oscuri durante un lungo periodo.

La cirrosi diffusa che si lega all'infiammasione cronica della porta, alla pilefiebite radicolare, si traduce alla volte con delle emorragie intestinali e la diarrea, prima che l'ascite abbia rivelato la peritonite cronica, la pilefiebite tronculare e la cirrosi epatica.

Fra i piccoli segni intestinali del primo stadio delle malattie del fegato, descritti da H a n o t, si nota il timpanismo, la costipazione o la diarrea, le fecce sanguinolenti, l'emorroidi.

Questi segni intestinali precursori, si mo strano non solamente nella precirrosi e all'inizio delle necplasie epatiche, ma ancora in seguito ad affesioni del fegato che parrebbero a prima vista spente.

Quando la cirrosi diffusa è consecutiva ad una enterite o ad una enterocolite cronica, si ha il quadro della disenteria cronica: dispepsia intestinale, soppressione della digestione e dell'assorbimento, lienterite, diarrea incoercibile, marasma, cachessia.

Le cirrosi circoscritte si manifestano con la coprostasi, i sintomi d'occlusione progressiva.

Il decorso delle stenosi fibrose è abitualmente lento; si ospervano delle crisi seguite da romissioni in principio prolungate, in seguito brevi. La tolleranza in certi soggetti è notevolissima; si conserva nel museo di Dupuytre n un esemplare di un retto completamente otturato; un soggetto, operato da Gripps con successo, aveva una stenosi completa del retto, che era durata 4 mesi senza accidenti gravi. Runnals ha considerato come congenito un restringimento, constatato alla autopsia di un uomo di 88 anni, situato nella Siliaca, che a stento permetteva il passaggio di una piccola sonda.

Gli accidenti possono esacerbarsi bruscamen-

te per l'accumulo delle materie fecali, indurite. Si è notato il volvulo mortale del colon discendente, causato dalla sclerosi della Siliaca, la paralisi intestinale, l'ileo-spasmo, la perforazione delle anse retro-dilatate, seguite da peritonite generalizzate o circoscritte, gli ascessi, le fistole, le emorragie, la stercoremia rapida o lenta.

Durante i periodi di coprostasi ostinata, i violenti sforzi possono procreare delle ernie, delle emottisi, delle sincopi.

Sempre delicata, sovente difficile, alle volte impossibile, è la diagnosi della cirrosi intestinale.

Le coartazioni fibrose del digiuno e dell' ileo, sono raramente riconosciute durante la vita; quelle del duodeno sono sempre confuse con le stenosi del piloro, se risiedono al disopra della ampolla di Water; quelle che risiedono al disotto; si distinguono par i vomiti biliari incessanti, il reflusso del succo pancreatico, le fecce argillose.

Le stenosi fibrose ileo-cecali s'accompagnano, in generale, ad un tumore della fossa iliaca destra; si sospetta allora l'ostruzione stercorale paralitica, l'invaginazione cronica, la tubercolosi, il cancro.

I restringimenti rettali si manifestano per lo appiattamento delle materie evacuate, le quali sono come tante lamine, come passate in una filiera, quando l'ostacolo risiede presso l'ano; arrotondate o olivari, quando l'ostacolo è più lontano dell'orificio anale. Gli infermi hanno le evacuazioni mucose, muco-sanguinolente o purulente, ciò che rivela il catarro e le ulcerazioni. L'esplorazione rettale dà una sensazione di secchessa particolare, dovuta alla pachidermia rettale; difatti la mucosa si modifica: la trasformazione dell'epitelio cilindrico in spitelio pavimentoso e la scomparsa delle ghiandole, sono state rinvenute tanto nelle stenosi tubercolari, quanto in quelle sifilitiche.

I restringimenti rettali sono abitualmente situati assai in basso; K tim mel ritiene alte quelle stenosi, che sono collocate al di là di 12 centimetri dall'orificio anale.

E inutile insistere sulla cura medica delle stenosi circoscritte, perchè non ha alcun effetto. La cura chirurgica ha avuto dei buoni risultati; io non mi fermo ad esaminare i diversi processi operativi, perchè mi propongo di intrattenermi lungamente su questo argomento in un'altra lezione (La Mèdecine moderne, n. 2, 1897).

Pollaci

PRATICA PEDIATRICA

Sulla pategenesi e cura dell'incentinenza d'urina nei bambini. Rochet. — Le incontinenza d'urina dell'infanzia si possono dividere in due grandi categorie: la prima, delle incontinenze sintomatiche, dovute ad una lesione materiale delle vie urinarie; la seconda, delle incontinenze essenziali, senza lesione apprezzabile: esse sono dipendenti da cause neuropatiche, e però giustamente potrebbero chiamarsi incontinenze nervose.

L'autore lascia di parlare delle incontinense essenziali, perchè la loro patogenesi è bene stabilita, e s'intrattiene specialmente sulle incontinenze nervose.

La causa primaria, unica di questa categoria di incontinenze, è l'isterismo o la semplice neurastenia; però vi sono da principio una serie di casi d'incontinenza notturna, che corrispondono alla pollachiuria.

Queste pollachiurie hanno diverse origini; in alcuni casi si tratta di una eccessiva eccitabilità delle fibre muscolari della vescica, specialmente durante la notte; in altri casi si tratta di una esagerazione anormale della sensibilità dell'uretra profonda, in altri infine si tratta di pollachiuria di origine psichica.

Queste ultime sono state interpretare in vario modo: Petit parla di casi in cui, sognando di urinare, sia avvenuta la minsione: Janet parla di ammalati che convenientemente o non, hanno la preoccupazione continua di urinare, e questo fatto tiene la vescica in uno stato permanente di eccitabilità.

Oltre queste incontinenze ve ne sono altre che non hanno nulla a vedere con la pollachiuria.

Prima di tutto, l'autore segnala quelli che sono colpiti da atonia congenita o acquisita dello sfintere uretrale: in questi bambini si ha più che esagerazione della forsa impulsiva vescicale, una debolezza della resistenza dello sfintere uretrale.

In altri casi poi non si ha incontinensa, ma una ritenzione dell'urina; la diagnosi si fa constatando: un'uretra membranosa chiusa spasticamente, ribelle al passaggio del catetere, e una vescica ampia, contenente molta urina, mentre che l'ammalato urina continuamente a gocce, tanto durante la notte che di giorno.

Secondo l'autore, questa ritenzione dell'urina è prodotta da uno spasmo uretrale d'origine nervosa. Questi disturbi motori d'origine isterica, ora colpiscono il muscolo vescicale stesso e allora producono la cistalgia o la pollachiuria:

ora lo sfintere uretrale e determinano, secondo il grado d'intensità, sia delle minusioni lente e dolorose che delle ritensioni più o meno complete.

La ritenzione dell' urina prodotta da paralisi del muscolo vescicale, come si riscontra nell' isterismo degli adulti e nelle malattie spinali, avviene raramente nei bambini.

L'incontinenza essenziale dei bambini è dunque, secondo l'autore, di regola d'origine nervosa. Ricercando gli antecedenti ereditari di questi piccoli ammalati, si trovano sempre dei parenti alienati, o isterici, o coreici, e colpiti da malattie nervose sistematizzate: negli antecedenti personali e all'esame obiettivo si riscontrano tanto dei fatti nervosi anteriori (convulsioni, sonnambulismo, allucinazioni terrifiche notturne, ecc.), quanto dei caratteri somatici o psichici netti.

Questa influenza nervosa agisce con un meccanismo diverso: in una serie di casi eesa agisce per la contrazione troppo facile e troppo frequente del muscolo vescicale che è continuamente in asione, ora per iperestesia della mucosa uretroprostatica, ora per idee fisse che mantengono in una stato di eretismo permanente (pollachiuria psichica).

In una seconda categoria di casi, l'influenza nervosa si esplica con lo spasmo, e l'occlusione dello sfintere uretrale e allora si avrà lo sgocciolamento dell'urina mentre la vescica è piena.

La diagnosi della incontinenza dei bambini si basa sul meccanismo onde essa è prodotta, e nell'esplorazione dell'uretra e della vescica.

La cura deve essere sopratutto antinervosa: se si suppone una eccitabilità anormale della vescica, una nevrosi muscolare del muscolo vescicale, si farà uso della belladonna, raccomandata dal Trousseau, cominciando con 1 ctgr. d'estratto di belladonna, la sera, a capo di qualche giorno aumentando di 1 ctgr. e così via, spingendo la dose sino a 4-7-8 e anche 15 ctgr.

Nei casi d'iperestesia della mucosa vescicale, uretro-vescicale, i calmanti, specialmenae gli antispasmodici e gli anestesici, saranno molto utili; così si praticheranno delle instillazioni di cocaina nell'uretra profonda.

Nelle incontinense dipendenti da anestesia della regione uretro-vescicale, alcuni autori adoperano la cauterissasione dell' uretra posteriore con soluzioni argentiche o cupriche; altri, come Trousseau, adopera la noce vomica, sotto forma di sciroppo di solfato di stricnina (5 ctgr. per 100

gr: di sciropoo di succhero), aumentando da un cucchiaio al giorno sino a sei cucchiai al giorno. Guyon pratica in questi casi l', elettrizzasione dello sfiutere con la corrente faradica.

Per combattere l'influenza psichica, si hanno diversi messi: così si è consigliato di far prendere al piccolo ammaiato, del thè, caffè la sera, per rendere il sonno leggiero: un altro rimedio conosciuto da tutti, è svegliare l'ammalato ad intervalli regolari e frequenti, per abituare la vescica ad evacuazioni regolate.

Finalmente la suggestione pare abbia dato qualche risultato, ma essa non è un messo terapeutico del tutto innocente.

Nei casi di ritenzione di origine spasmodica, la dilatazione graduale con le sonde, durante un certo tempo e almeno una volta al giorno, ha dato ottimi risultati, benchè teoricamente sembri che non ne debba dare, data la natura isterica della contrattura.

Nei casi rari, poi, d'incontinensa dovuta a ritensione d'origine paretica o paralitica, il metodo più razionale sarà l'elettrizzazione del corpo della vescica congiunta ai cateterismi evacuatori regolari, e a qualche iniezione leggermente irritante o caustica (nitrato d'argento, p. es.) per stimolare la contrattilità del muscolo vescicale (Gazette des Hôpitaex, n. 8, 1897).

Mirto

LA MEDICINA ITALIANA ALL'ESTERO

il metede Baccelli per la cura delle cohineccos dei fegate in Ungheria. Jean de Bokay non ha avuto conoscenza del processo di Baccelli che in seguito ad una conferenza fatta al congresso internazionale di Roma.

Ebbe occasione ben presto di applicare questo nuovo metodo in tre fanciulli, ricevati all'ospedale Stefania a Budapest.

Il primo caso riguarda una piccola ragazza di 10 anni e mezzo; gli echinococchi risiedevano al lobo destro del fegato; l'autore, applicando il processo Baccelli, fece una puntura con un piccolo tre-quarti, e dopo avere aspirato 87 cc. di contenuto, iniettò 80 cc. di una soluzione 1 per 1000 di sublimato.

Il dolore fu modico; la dimane, l'inferma non aveva rialzo termico, la cisti era diminuita.

A capo di qualche settimana, quando la bam-

bina abbandono l'ospedale, non aveva che un leggiero gonfiore del fegato.

Cinque mesi dopo l'operazione, il fegato avevà ripreso i suoi limiti normali, lo stato generale era eccellente.

In un ragamo di 18 anni, la guarigione ebbe lucgo a capo di 4 settimane.

Un risultato analogo si ottenne in una ragazza di 6 anni.

L'autore conchiude che il processo Baccelli non ha inconvenienti per l'organismo, e che, in nessuno dei casi in cui egli lo ha applicato, ha avuto recidive (L'indépendance médicale, n. 2, 1897).

Pollaci

NOTIZIE

Operificenza a Reux

L'Imperatore di Germania ha conferito la Corona di 2º classe al prof. Roux, secondo direttore dell'Istituto Pasteur.

Congresso Modice tedesse

Nel congresso di medicina interna, che si terrà a Berlino fiel 1697, dal 9 al 12 giugno, si discuteranno i seguenti temi:

Reumatismo articolare cronico (Relatore Unverricht);

Morbo di Basedow (Relatore Bulenburg).

Nomine nell'Accademia di Medicina di Parigi

L'Accademia di medicina di Parigi ha elètto a suo vice-presidente per l'anno 1897 il dott. I accoud, con 69 voti su 71 votanti.

Il dott. Cadet de Gassicourt fu poi rieletto, per acclamazione e per la sesta volta, segretario annuo dell'Accademia.

Traslece di medici provinciali.

Con recenti decreti ministeriali:

Tossellini cav. dott. Durante, medico provinciale a Bologna, venne traslocato a Firenze.

De Hieron y m is cav. dott. Taddeo, da Venezia a Pisa.

Loriga cav. dott. Giovanni, da Firenze a Venesia. Ungaro cav. dott. Goffredo da Avellino a Salerno. De Bella cav. dott. Clemente da Salerno ad Avellino. Badaloni cav. dott. Giuseppe, in attesa di destinazione, traslocato a Bologna.

Esame di periti medici igionisti.

Il 20 corrente hanno principio gli esami pel conferimento delle attestazioni d'idoneità a perito-medico igienista.

La commissione esaminatrice sarà composta dei signori:

Astengo comm. Carlo, senatore del Regno, Consigliere di Stato, presidente Santoliquido cav. prof. Rocco, capodivisione al Ministero dell'Interno.

Paternò comm. prof. Emanuele, senatore, membro del Consiglio superiore di sanità.

Maggiora dott. Arnaldo, prof. nella R. Università di Modena.

Bonome dott. Augusto, prof. nella R. Università di Padova.

Lutrario cav. dott. Alberto, segretario.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

AVVISO

Per aderire ancora una volta alle continue richieste dei nostri abbonati, per avere il premio, avvertiamo che sarà concesso a coloro che avranno pagato L. 20,75 a tutto il 31 volgente mese di Gennaio. Spirato tal termine sarà impossibile fare altre concessioni.

Si previene pure che chi ha spedito L. 20,75, senza indicare il premio che si desidera, lo faccia subito; e coloro che hanno chiesto il premio inviando solamente L. 20,50, dovranno spedire cent. 25 per la raccomandazione ripetendo il titolo del libro.

L'Amministrazione

Scenario. — 1. Riviste sintetiche. La emiplegia spinale.—2. Lavori originali. Ospedale civile e militare di Fermo, diretto dal dott. Orazio D'Allocco.—Parecchi casi di micclonia, la maggior parte familiari. Contributo al valore della medesima quale sintoma di stato degenerativo, specialmente epilettico, e quale ressione di neuroni motori, pel dott. O. D'Allocco.— 8. Il progresso medico internasionale. — 4. Pratica delle malattie infettive. — 5. Necrologio.

THE REPORT OF THE PROPERTY OF

RIVISTE SINTETICHE

La emipiegia spinale

Esistono, presentemente, poche ricerche anatomiche esatte sulla paralisi unilaterale spinale di Brown-Sèquard, mentre al contrario le osservazioni cliniche su questa malattia sono in numero etraordinario.

Prima di dire qualche cosa sull'anatomia patologica di questa malattia, faremo aicune osservazioni cliniche sulla medesima e specialmente sul modo di comportarsi della motilità e della sensibilità nella emiplegia spinale.

L'e tensione della paralisi motrice prodotta da una affesione emilaterale della midolla spinale, è naturalmente diversa a seconda dell'altegna di localinnazione della lesione e da questo punto di vista possono essere stabiliti i seguenti tipi:

- 1. Paralisi delle due estremità di un lato con contratture ed aumento dei rifiessi e sensa alterasione importante dell'eccitabilità elettrica, quando l'affesione abbia sede al di sopra dei nuclei motori dei nervi pel braccio, cioè al di là del rigonfiamento cervicale e qui avvenga la interrusione della via piramidale;
- 2. Il focolaio può aver sede nel rigonfiamento cervicale ed allora vi è paralisi atrofica del braccio con reazione degenerativa, e paralisi spastica della gamba, per interruzione della via piramidale;
- 8. Può aversi paralisi spastica della sola gamba con aumento dei riflessi e sensa alterazioni importanti dell'eccitabilità elettrica e della nutrisione dei muscoli, quando l'interruzione delle vie piramidali, destinate alla gamba, avvenga in un punto qualunque del loro decorso e per tutta l'estensione della midolla dorsale; questa forma è la più frequente;
- 4. Infine, è possibile una paralisi atrofica con reazione degenerativa e con abolisione dei riflessi tendinei, quando il focolaio è localizzato all'altessa dei nuclei motori per la gamba, cioè nella midolla lombare e sacrale.

Le forme designate sotto i nn. 1 e 2 vengono denominate emiplegie spinali, le altre emiparaplegie spinali.

Per le paralisi prodotte da affesione dei nuclei, non può stabilirsi un'unica forma, perchè qui tutto dipende dal numero e dai segmenti del rigonfiamento cervicale e lombare in cui il processo morboso ha preso sede. Secondo la grandessa e la localissasione di questi focolai, la muscolatura è presa in maggiore o minore estensione dalla paralisi e dall'atrofia.

La paralisi della gamba, che origina dall' interrusione della via piramidale nella midolla spinale, ha, come osservò primieramente Wernicke. un carattere costante e completamente indipendente dall'alterra della sede, cioè essa ha lo stesso carattere delle paralisi determinate dalla lesione della via motrice nel cervello, cioè dell'emiplegia cerebrale. Nelle emiplegie cerebrali osser-♥ò Wernicke per il primo, che la paralisi emiplegica della gamba, che è in principio quasi totale o per lo meno assai estesa, quasi costantemente, dopo trascorso un certo tempo, regredisce, in guisa che in ultimo soltanto determinati gruppi muscolari rimangono ancora paraliszati, specialmente i flessori dorsali del piede ed i flessori della gamba.

Questa legge ha valore, secondo Wernicke, non soltanto per l'emiplegia cerebrale, ma anche nel caso di interrusione delle vie motrici della midolla spinale e L u d w i g M a n n che ha constatato la giustezza dell'osservazione di Wernicke in tutte le lesioni delle vie piramidali, per ciò propone di denominare questo stato col nome di emiplegia residuale. L. Mann (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, Bl.), 10 Heft, 1 u. 2 divide i muscoli della gamba, a seconda della loro azione, in due gruppi principali, cioè in muscoli, che accorciano la gamba, quando essa oscilla in avanti e che sono i flessori della coscia, della gamba ed i flessori dorsali del piede ed in muscoli, che sollevano la gamba dal suelo, quando essa vi riposa, allungando e spingendo il tronco in avanti, ed i quali ultimi sono gli estensori della coscia, della gamba ed i flessori plantari del piede. L. Mann denomina i muscoli del primo gruppo «retrattori» perché essi accorcian, tutta l'estremità, e quelli del secondo gruppo « allungatori » perchè essi hanno la funzione opposta, e sostiene, che la paralisi emiplegica sta in una determinata relazione con la funzione del camminare, cioè che i muscoli retrattori rimangono costantemente paralizzati, mentre gli allungatori possono riacquistare la loro funsione o rimanere intatti. A prova del suo modo di vedere,
L. Mann considera i muscoli bicipite, semi-tendinoso e semi-membranoso che si trovano alla superficie posteriore della coscia, quali muscoli estensori della coscia, e flessori della gamba, cioè ad
un tempo retrattori ed allungatori. I suddetti
muscoli agiscono, ben intenso nel cammino, soltanto estendendo la coscia, e non piegando la
gamba. L. Mann viene così ad abbattere l'opin one di Duchenne, il quale attribuisce ai
suddetti muscoli tutte e due le funsioni.

La flessione della gamba viene determinata, secondo L. Mann, dal muscolo sartorio, il quale esegue, mentre esso piega la gamba, contemporaneamente una flessione della coscia; fa cioé i due movimenti, che sono necessari per fare andare la gamba innanzi, come ognuno può persuadersene esaminando l'andatura di un individuo muscoloso ed avente poco pannicolo adiposo. Analugo al sartorio, è il m. gracilis, adatto a portare innanzi la gamba. Sicchè i muscoli sartorius e gracilis agiscono flettendo la gamba e la coscia, mentre i muscoli bicipite, semi-tendinoso e semimembranoso non partecipano a questo movimento; essi invece hanno soltanto l'azione di estendere la coscia, nel momento in cui la gamba poggia sul suolo.

Le ricerche, stabilite da L. Mann in molti emiplegici, diedero per risultato, che i muscoli bicipite, semi-tendinoso e semi-membranoso, agiscono estendendo la coscia, e che il muscolo bicipite conserva negli emiplegici le sue due azioni, cioè quella di estendere la coscia e quella di flettere la gamba, ed infine che i muscoli sartorio e gracile sono paralizzați nell'emiplegia.

I muscoli, che agiscono allungando l'arto nel primo tempo del cammino e che restano completamente intatti nell'emiplegia residuale o posseggono quasi la loro forsa normale, sono gli estensori della coscia, della gamba ed i flessori plantari del piede.

Nell'estensione della coscia, oltre al bicipite, semi-membranoso e semi-tendinoso, che come è detto sopra, rimangono illesi, agisce ancora il grande gluteo. Gli estensori della gamba vengono rappresentati dal quadricipite, la cui forsa normale può essere appreszata nella posizione prona.

I flessori plantari del piede, che secondo Duchenne sono da un lato il gastrocnemio col soleo e dell'altro lato il lungo peroniero, funzionano attivamente negli emiplegici, come lo si può

constatare invitando il pasiente, posto nel decubito dorsale, a premere in basso col piede.

I muscoli che agiscono raccorciando l'arto nel secondo tempo del cammino, e che sempre sono paralizzati o paretici nell'emiplegie e la cui paralisi dà un'impronta tipica all'andatura di un emiplegico, sono i flessori della coscia (m.m. ileopsoas, tensore del fascia lata, ed in parte il gracile ed il sartorio), i flessori della gamba (m.m. gracile e sartorio) ed i flessori dorsali del piede m.m. tibialis anticus, ed extensor digitorum longus).

L'abdusione della gamba emiplegica viene eseguita più o meno debolmente; invece l'addusione è relativamente ben conservata.

Il muscolo abduttore principale della gamba è il glutaeus medius, la cui paralisi è frequente nell'emiplegia.

Questo muscolo, secondo Wernicke, é più frequentemente paralizzato nelle affezioni spinali anzichè nell'emiplegia cerebrale.

Nella letteratura medica è stata rivolta poca attenzione al tipo emiplegico della paralisi sopra descritta (Strümpell, Köbner, Hoffmann). Becentemente Flechsig, sulla base dei risultati di esperienze eseguite sugli animali, pubblicò, che nella paralisi emilaterale, in seguito a distruzione delle circonvoluzioni centrali o delle vie che emanano dalle medesime, non viene la gamba completamente paralizzata.

Primieramente mancano i movimenti, che sono necessari a far poggiare la pianta del piede sul suolo, specialmente la flessione dorsale del piede e la flessione del ginocchio. La gamba può ancora essere impiegata, quale base del corpo e per il movimento in avanti, anche quando le vie piramidali sono completamente distrutte. A questa maniera di pensare fu indotto Flechsig dal vedere, che la distruzione della corteccia cerebrale non fa eseguire più quei movimenti, che servono all'attività dei sensi (movimenti degli cochi, ecc.), mentre i movimenti, che appagano gli istinti, come pure quelli che hanno per iscopo di far muovere il corpo in avanti, rimangono o nservati nelle lesioni cerebrali. L. Mann non ri tiene giusto il tentativo fatto da Flechsig, di trasportare le sue vedute nella paralisi emiplegica, poichè gli sembra erroneo l'ascrivere ai flessori dorsali del piede ed ai flessori della gamba, cioè a due gruppi muscolari, che allontana no l'arto dal suolo, la funsione del toccamento del suolo con la pianta del piede. Con più giustezza si dovrebbe ascrivere questa funzione agli antagonisti di questi muscoli, i quali abbassando

la punta del piede ed estendendo l'articolazione del ginocchio, rendono pussibile il toccamento del suolo col piede. Indipendentemente dalla maniera di spiegare la funsione dei muscoli paralissati, il modo di vedere di Flechsigè erroneo perchè con esso si avrebbe lo stesso tipo di paralisi tanto nelle lesioni cerebrali quanto in quelle della via piramidale nella midolla spinale.

Il modo di comportassi della sensibilità nella legione spinale emilaterale è stato studiato in molti casi dopo le prime osservasioni di Brown-Sèquard, ma non fu considerata bene la natura della medesima se non da L. Mann, il quale in sei casi potè vedere, che la sensibilità era sempre disturbata in modo, che i più leggieri toccamenti venivano percepiti, mentre le sensibilità dolorifica e calorifica erano completamente spente. La ricerca con la corrente faradica gli diede in questi casi, che il minimo della percezione (sensazione di formicolio) si avea con correnti soltanto un poco più forti di quelle necesserie ad avere la stessa sensasione nell'altro lato. In media ebbe egli una differenza di 5-15 Mm. Inoltre, osservô Mann, che nelle regioni cutanee sane, il rinforsamento della corrente causava prestissimo una sensazione dolorosa, mentre nel territorio analgesico si potea rinforzare la corrente sino al suo massimo, sensa produrre dolore; avea egli cioè quella forma di paralisi sensitiva, che i francesi denominano « dissociation syringomièlique » ed i tedeschi, « partielle Empfindungs-Lahmung ». Sicche si può affermare, che mentre il tipo della paralisi motrice è sempre lo stesso se la via piramidale subisca una interruzione nel cervello o nella midolla spinale, invece la forma del disturbo della sensibilità, è nel caso di lesione cerebrale, diversa da quella che si osserva nelle lesioni spinali. Nella prima si ha, senza dubbio, una sospensione della sensasione del toccamento nella percezione, intatta o poco danneggiata, del dolore e della temperatura, anzi questo modo di comportarsi contrario a quello che si ceserva nei disturbi spinali, è frequente nella interrusione delle vie cerebrali.

La così detta paralisi parsiale della percezione (particle Empfidungsidhmung) che si presenta costantemente nelle issioni emilaterali, ha grande importanza, da alcuni anni, nella sintomatologia della siringomielia, anzi la si è considerata come patognomonica di questa malattia; ma essa si ha anche nei primi stadi della tabe dorsale. In queste due malattie, in cui l'alterazione è localizzata a determinati sistemi della midolla spinale,

questo modo di comportarsi della sensibilità è spiegabile specialmente per la siringomielia, in cui la proliferazione gliomatosa ha punto di partenza dalla sostanza grigia, per la quale, secondo le antiche vedute fisiologiche, passano le vie per la percezione dolorifica e calorifica, mentre le vie per la percezione tattile passerebbero per i cordoni posteriori.

Ula tale spiega non è possibile per la lesione laterale, in cui il focolaio morboso può aver sede in un punto qualunque, ed allora Mann ritiene potere trarre, dal modo di comportarsi della sensibilità nell'emiplegia spinale, la conclusione, che tanto la sensibilità dolorifica e calorifica, quanto la sensibilità tattile, nella midolla spinale non possono decorrere in due vie nettamente limitate; le vie di condusione di queste qualità di sen . sazioni devono piuttosto stare vicendevolmente in un altro rapporto più complicato. Questa conclusione, ha per Mann la sua base sui fatti clinici, i quali però non indicano come siano da immaginarsi le vie di conduzione delle diverse qualità di sensibilità nel midollo spinale, per il che abbisognano ancora estese ricerche cliniche e fisiologiche. I seguenti fatti potrebbero però servire a spiegare i sintomi clinici. Ansitutto si può asserire con certessa, che le percezioni tattili non rappresentano che le più deboli percezioni di pressione, dalle quali esse sono diverse non qualitativamente ma quantitativamente. Infatti, uno stimolo doloroso esterno, che colpisca il nostro corpo, non è divisibile da una percezione tattile; ed inoltre ogni stimolo doloroso, se pensiamo che esso gradatamente diminuisca d'intensità, può infine divenire una semplice percezione tattile. Così è, che sembra a Mann poco verosimile, che in questo graduale passaggio della percezione dolorifica in quella di contatto, queste due qualità decorrano in due vie rigorosamente delimitate, poichè allora dovrebbe la condusione della sensazione in un dato momento saltare su un'altra via. Mann ritiene, che gli stimoli tattili vengano condotti per una via di sommazione (Summationebahn), passando essi semplicemente le cellule senza causare fenomeni cumulativi, cioè di dolore. Questa sommazione insorgerebbe solo quando gli stimoli aumentassero d'intensità. Questo sembra più naturale del credere, che uno stimolo alterato gradatamente nella sua quantità, possa saltare subito in un momento qualunque su una

Lo stesso può dirsi, mustatis mutandis, per la sensibilità calorifica.

Un'altra maniera di spiegare il modo di comportarsi delle sensibilità nella lesione emilaterale, ed alla quale si potrebbe pensare, sarebbe, che le percesioni tattili verrebbero condotte da due lati (crociati e non crociati); ma ciò è inverosimile, perchè in alcuni casi la sensibilità nelle lesioni puramente emilaterali è abolita nel lato corrispondente all'incrociamento. A White sembra ingiustificata, dall' osservazione da lui fatta in un caso di mielite da compressione, la dottrina della divisione delle vie di sensibilità, ma non emette alcun'altra maniera di vedere. Anche Wernicke, partendo da altri punti di vista, emise un modo di vedere simile a quello di L. Mann, cioè che la sensazione dolorifica e termica da una parte e la sensazione tattile dall'altra parte, non possono essere riguardati quali due diverse qualità e che invece si tratta in queste due specie di sensazioni di due azioni dissimili delle fibre nervose, di cui una dipende dalla qualità, l'altra dalla quantità delle fibre nervose.

Anatomicamente, pochi casi di emiplegia spinale sono stati ricercati, ed invero soltanto 17 tra 102 casi pubblicati di questa malattia. La maggior parte di questi casi appartengono alla vecchia letteratura e mancano completamente di un'esatta ricerca microscopica. Anche in taluni casi, pubblicati in un tempo più vicino a noi, è stato soltanto rilevato il reperto macroscopico. E quindi naturale, che esistano ancora dubbi sopra le questioni principali della dottrina della emiplegia spinale.

Osserviamo anzi tutto il territorio motorio. Mann, nei casi da lui esaminati, osservò che la paralisi atrofica dell'arto superiore destro era dovuta, come era da aspettarsi, ad una completa distruzione delle cellule delle corna anteriori poste nel territorio dell'8° e 7° segmento cervicali ed in parte nelle porzioni superiori del 1° segmento dorsale. Inoltre, cosa che non è stata da altri notata, 1'8° radice cervicale anteriore era, a destra, totalmente degenerata, mentre la 7° radice cervicale e la 1° dorsale erano in parte degenerate.

A sinistra trovò Mann, che le cellule dell'8º segmento cervicale erano quasi completamente distrutte, e quelle del 7º segmento cervicale e del 1º dorsale erano ben conservate, quantunque la paralisi, nel caso da lui esaminato, fosse di già scomparsa, il che può spiegarsi coll'ammettere, che le cellule di questi segmenti, che ap-

partengono agli stessi gruppi muscolari di cui fanno anche parte le cellule dell'8º segmento cervicale, funsionino in modo vicario per queste ultime.

Maggiori difficoltà presenta la spiegazione della paralisi dell'arto inferiore.

Mann trovò una degenerazione totale della via piramidale laterale destra, sensa essersi osservata in vita una completa paralisi dell'arto, i cui muscoli «allungatori» erano rimasti intatti nella loro funzione.

Da questo reperto istologico bisogna ammettere, che l'innervasione di questi muscoli non può decorrere per la via piramidale laterale, ma per la via dei fasci riramidali anteriori, la quale ultims, infatti, è quella che soltanto rimane integra in tutta la metà destra della midolla. Ma questa maniera di pensare starebbe in contradizione con ciò che si osserva nell'emiplegia cerebrale, in cui la via piramidale anteriore corrispondente e la via piramidale laterale del lato incrociato sono degenerate e quindi dovrebbe aversi una paralisi dei muscoli estensori dello etesso lato e dei flessori del lato opposto. Siechè in ultima analisi la conservazione della via piramidale anteriore destra non serve a spiegare la conservata funzione degli estensori nel caso di Mann, ed a nessun altra via potè essere addebitata la funsione dei muscoli estensori, perchè tutte le altre vie esistenti nella metà destra della midolla spinale erano completamente distrutte. In queste circostanze non rimane altro, secondo Mann, che ammettere una innervasione bilaterale dei muscoli estensori ed una innervazione unilaterale dei flessori, il che spiegherebbe bene tutti i fatti.

Riguardo alle vie sensitive, trovò Mann degenerazione ascendente in tutta la metà ventrale dei due cordoni posteriori, senza aver notato *intra vitam* l'abolizione del senso di contatto. Questo reperto dimostra, che la dottrina della conduzione delle sensazioni tattili per i cordoni posteriori non regge e bisogna ammettere che queste porzioni dei cordoni posteriori conducano le sensazioni dolorifiche, e calorifiche, cosa che non è provata dall'esperienza, o che esse servano a trasmettere le sensazioni tattili, e che però la loro abolizione non si rende molto apprezzabile, perchè le sensasioni tattili disporrebbero di altre vie estese di condusione, che sono rappresentate dai resti dei cordoni antero-laterali (Edinger).

Rimane però a sapere dove s'incrociano queste vie sensitive e la loro continuazione centrale. Riguardo alla prima questione, M a n n rivolse la sua attenzione alla commissura anteriore, la quale era completamente distrutta all'altessa del focolaio e mostrava, nei tegli al in sopra ed in sotto del focolaio, une sfacelo evidente di fibre nervose.

Però non fu possibile a M a n n di ottenere un reperto univoco e quindi rispondere a tale questione.

Biguardo alla seconda questione, Mann addita al fascio di Gowers, che da alcuni autori è riguardato quale una via del senso del dolore. Hoche però ha trovato che il fascio di Gowers rappresenta la connessione del midollo spinale col cervelletto, poichè esso sale sino alla regione dei tubercoli quadrigumelli, poi piega e va per il peduncolo cerebellare superiore al cervelletto.

Se il decorso del fascio di Gowers è quello designato da Hoche, allora non può questo fascio essere riguardato come una via della sensibilità cutanea, me, almeno forse, una parte di questo fascio rappresenta una via sensitiva cerebrale poichè dalle ricerche di Hoche non viene escluso, che una parte delle sue fibre nella regione dell'oliva passesse nel nastro di Reil. E impossibile dinotare tutte le questioni, che in proposito sono sorte in questi ultimi tempi; basti accennare, che il decorso dei prolungamenti cerebrali delle vie sensitive non è ancora del tutto illustrato.

Mann, nonostante che la base anatomica dell' emiplegia spinale, specialmente su quanto riguarda il decorso delle vie sensitive, non sia chiars, non accetta il modo di vedere di Brown-Sèquard, che nella emiplegia spinale non si tratti affatto di divisione delle vie sensitive, ma di fanomeni di inibizione e di stimolazione.

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE E MILITARE DI FERMO, DIRETTO DAX DOTTOR O RASIOD' A LLOGOO.—PARECCHI CASI DI MIOCLONIA, LA MAGGIOR PARTE FAMI-LIARI.—Contributo al valore della medesima quale sintoma di stato degenerativo, specialmente epilettico, e quale rea sione di neureni motori, pel dottor O RASIO D'ALLOGOO.

(Cont. — Vedi num. prec)

8.º Gruppo (decembre 1895), composte di un fratello di 5 anni, ed una sorella di 15, appartenenti pure a fsmiglia di contadini. Avo paterno morto a 70 anni, imbecille; l'avo materno morl apoplettico; il padre ha tremore alle mani, lingua e palpebre; la madre ha lo stesso tremore alle mani, ed ebbe normali la gravidansa ed il parto del bambino in esame. Questi crebbe fino all'età di 3 anni, con allattamento materno ed alimentazione artificiale; cominciò a balbettare e la prima dentisione cominciò a 10 mesi; per un anno non balbettava più, poi riprese la sua loquela di bambino, la quale in seguito si è regolarmente sviluppata insieme alla intelligenza; a due anni e messo cominciò a camminare.

Fin dall'età di 8 mesi la madre notò, che il bambino, stando seduto, non poteva sorreggere la testa, la quale oscillava da avanti indietro, e che, quando cominció a tenersi in piedi, cadeva all'istante sul suolo, rer poco che venisse toccato o premuto sulla testa. In seguito fu notato ancora, che bastava spesso un toccamento superficiale sul vertice, sulla faccia, e perfino sui capelli e sulla falda del cappello, per determinare la rapida caduta del bambino, il quale, subito dopo, e senza disturbo di coscienza nè altro disturbo di sorta, si rimetteva da sè nella posizione eretta enel cammino. Alle volte poteva essere evitata la caduta se il bambino ne veniva prevenuto o avvertito di badare a non cadere. Quando vidi l'infermo per la prima volta di sfuggita, mi limitai ad esaminare, oltre la grande suscettibilità a cadere all'istante con un lieve toccamento sulla testa, uno spasmo clonico piuttosto ampio della testa (spasmus nutans) e negli arti superiori, i quali serbavano un atteggiamento di semi-contrattura in flessione, spasmo, il quale, a quanto mi venne dopo riferito, durò così ampio per una settimana, e poi cominciò a diminuire. Trascorsi una ventina di giorni potei rivedere ed esaminare più accuratamente il bambino. Egli è di aspetto florido, di statura un pò bassa relativamente all' età (80 cm.) mentre la testa è, in proporzione, più sviluppata (circonferenza 58 cm.). La testa è del tipo brachicefalo,

con protuberanza occipitale bene sviluppata, depressione della regione della fontanella posteriore già ossificata; fronte sporgente; nella sua metà destra due bozze ossee con cicatrici cutanee formatesi in seguito alle cadute; angolo esterno palpebrale molto acuto, come di occhio giapponese; naso camuso; narice destra più dilatata; labbra sporgenti, nella cui mucosa vi sono piccole cicatrici formatesi in seguito alle cadute; erecchio sinistro più piccolo;. Denti incisivi su periori, laschi di cui uno cariato; due canini egualmente cariati; palato duro molto incavato mani un po tozze; piedi relativamente lunghi; organi genitali piccolissimi. Intelligenza svegliata, carattere docile, cammina regolarmente, ma si attacca alla veste della madre per tema di subire le solite cadute. Ogni tanto osservasi uno spasmo clonico della testa e degli arti auperiori ma meno spiccato di prima.

Esistono delle zone, che fin da ora diciamo epilettogene, sul cranio e sulla faccia, specialmente sul vertice, sulle quali un colpo col dito, una depressione leggiera o un superficiale toccamento, o anche il semplice strisciamento sui capelli e sulla falda del cappello, danno luogo ad una scossa muscolare generale istantanea, con rilasciamento degli arti e rapida caduta, la quale avviene per lo più con la faccia in avanti, e con spavento del piccolo pasiente, il quale subito dopo si rialza e si rimette nello stato di prima. Questa volta non sempre si riesce ad evitare la caduta con la solita prevenzione che gli si comunica. Se le stesse zone vengono stimolate mentre l'infermo sta seduto o eteso sul letto, verificasi quasi le stessa scossa muscolare generale, naturalmente senza caduta. Debolissimo il riflesso patellare, normali tutti gli altri; normali la forsa muscolare e la sensibilità. Ad un esame consecutivo, fatto un mese dopo, osservansi gli stessi fenomeni.

La sorella, di anni 15, dell'aspetto della buona salute, non presenta segni degenerativi notevoli, ma leggiera mioclonia agli arti inferiori, specie alle cosce, con riflesso patellare esagerato.

Il 4º gruppo (marzo 1896) è composto di 4 membri tutti maschi, fra sei figli. Come nota neuropatica ereditaria può avere qualche valore il fatto, che il padre fu un discreto bevitore di vino, e dal 1884 al 1889 andò soggetto ad una malattia dei centri nervosi, la quale, per il suo modo di manifestarsi e per il suo decorso presentava gravi difficoltà diagnostiche.

uno studio accurato sia diretto che per via di esclusione, fu quella di meningite reumatica subacuta recidivante. Vennero osservati, durante la medesima, anche negli stati di acquiescensa del male, alcuni impulsi suicidi. Attualmente il genitore sta bene, e non offre di anormale, come postumo, che una leggiera paresi degli arti inferiori.

Ora, dei figli in esame, il primo, di anni 15, apprende il mestiere di calderaio; soffre da 8 a 4 anni di cefalea variabile, da 2 anni, una certa agitazione delle membra. D. costituzione gracile, rachitica (sporgenza della parte superiore destra del dorso, scoliosi destra, deviazione della testa a sinistra). Cranio dolicocefalo, depressa la metà destra dell' occipite, abbassata l'arcata sopra-orbitaria, la narice e l'angolo labiale di destra, stirato in alto l'angolo labiale sinistro, la lingua devia un pò a destra, ed è molto tremula; piedi grossi, con alluci lunghi e ripiegati in su.

Intelligenza tarda; è suscettibile di poca istrusione; ha carattere timido esommesso, malinconico. accusa continuamente sensazioni moleste, vaghe ed indeterminate, per le quali è propenso al pianto. Notansi contrazioni muscolari alle labbra molto affini ai movimenti coreici, cui la volonta, fino ad un certo punto, riesce a domare; a ciò si intercalano delle contrazioni delle labbra. Contrazioni muscolari cloniche più genuine, con effetto locomotorio limitato, notansi nel resto del corpo: sono più spiccate agli arti inferiori, alle natiche ed all'addome, rapide, meno nei glutei di sinistra, dove sono più o meno persistenti, da potersi caratterizzare per contrazioni toniche. La respirazione mioclonica. Forsa muscolare dépressa, riflesso patellare esagerato, normali gli altri riflessi e la sensibilità. Senso di stanchezza e dolori vaghi. In tale stato venne ricoverato all'ospedale per pleurite essudativa; nei periodi febbrili, la mioclonia era diminuita.

Il 2º di auni 13, ebbe il tifo a 6 anni, è robusto, di carattere vivace, irascibile, pertinace, di intelligenza comune. Cranio dolicocefalo, con rilevante sporgenza della bozza occipitale, fronte ristretta, depressa a sinistra, abbassata l'arcata sopra-orbitaria; molto incavato il palato duro ; lieve pelurie sul pube; piede destro varo-equino. Mioclonia meno notevole di quella del fratello, ma della stessa forma, diffusa a tutti i muscoli, esclusi quelli del collo e del volto. Riflesso patellare esagerato.

Il 3º di anni 11, vivace, ardito, irrequieto, Poi tuttavia, il giudizio dato in proposito dopo audace e manesco, ma intelligente. Di costitumione gracile, cranio asimmetrico, con bossa parietale destra molto sviluppata, mentre a sinistra la fronte è appiattita, con abbassamento dell'arcata sopraorbitaria corrispondente; faccia destra un poco depressa, lieve prognatismo; criptorchismo; traccia di pelurie sul pube. Micolonia a forma di guissi muscolari assai più manifesta che nel caso precedente, e diffusa fino alla faccia. Riflesso patellare esagerato.

Il 4º di anni 6, di carattere ed intelligenza come il precedente. Fronte spaziosa, un pò sporgente a destra, dove l'arcata sopraorbitaria è depressa, sopracciglia sottili, lineari; lato sinistro del volto un pò retratto, come se il lato opposto fosse paretico: nell'aprire la bocca, l'angolo labiale sinistro presentasi retratto, ampio ed ottuso, la lingua, messa fuori, pur giacendo nella linea mediana, dista assai più dall'angolo labiale sinistro che da quello di destra. Orecchie grandi, con ampia conca; criptorchismo (testicoli discesi appena nella parte superiore del canale inguinale, e proporzionatamente piccoli). Miccionia diffusa a forma di guissi, estesa anche al volto, con apparensa di movimenti corsiformi. Riflesso patellare esagerato.

Il 5º gruppo (novembre 1895), appartenente a famiglia di artigiani, è composto di 7 figli (2 maschi e 5 femmine), senza labe neuropatica ereditaria.

Il 1°, di anni 17, calzolaio, di statura bene sviluppata, ha il cranio asimmetrico, con depressione dal lato destro dell' occipite e della regione temporo parietale sinistra; fronte un pò ristretta, con arcata sopraorbitaria destra relativamente corta ed abbassata, naso deviato a sinistra, asimmetria nella funzione dei muscoli, facciali, essendo l'angolo labiale destro, nell'apertura della bocca e nel viso, retratta ed ampia, come se fosse paretica la metà sinistra; profondo il palato duro, sessili i lobuli degli orecchi, poco sviluppato il pene, piede destro varo-equino. Carattere dimesso, placido, intelligenza proporzionata agli studi fatti (si è applicato con un certo profitto al suo mestiere ed agli studi elementari). Mioclonia a forma di guizzi, più o meno diffusa, più accentuata ai glutei ed al volto, che impartisce alle membra movimenti limitati di locomozione, e da alla persona una superficiale ma continua agitazione. Riflesso patellare esagerato.

Il 2º di anni 12, di costituzione gracile, quasi sempre malaticcio, ha sofferto alcune malattie dell'infanzia, e per due volte il reumatismo articolare acuto. Il secondo attacco di reumatismo si è svolto sotto la mia osservazione nello ospedale, ed ha prodotto quasi contemporaneamente endocardite delle semilunari aortiche e pericardite, delle quali si son verificate recidive minacciose, e di cui esistono i residui. E in occasione del reumatismo muscolare, che ho osservato il micolono per lunga serie di giorni. Esso presentasi pure nella stessa forma di guissi muscolari di alcuni fascetti, di muscoli interi e di rado di muscoli in massa, da impartire anche qui alle membra una superficiale ma continua agitazione, e da disturbare la funsione della scrittura. Si osservano in quasi tutte le regioni, compresi la faccia ed il diaframma.

Squisiti tutti i riflessi, specialmente il patellare. Forsa muscolare normale. Cranio asimmetrico, del tipo plagiocefalico, essendo la metà destra dell'occipite e la metà sinistra della fronte depresse, e rilevate le parti opposte; fronte ristretta, arcata sopraorbitaria destra abbassata, con contorno orbitario corrispondente alquanto ristretto, faccia sinistra meno svilappata, narice sinistra depressa, palato duro molto concavo, lobulo dell'orecchio destro sessile, dita delle mani e dei piedi lunghe, l'alluce ed il piccolo dito del piede sinistro, e l'alluce del piede destro sovrapposti alle dita adiacenti; organi genitali imperfettamente sviluppati. Carattere un po' malinconico, dimesso, piagnucoloso; l' infermo si lagna spesso di molestie variabili, intelligenza normale.

Delle femmine, la 1ª, di anni 15, di costitusione pure gracile, ebbe la scarlattina nella prima infanzia. Il vertice è appiattito, metà sinistra della faccia meno sviluppata, lobuli degli orecchi sessili, mani e piedi lunghi, con dita sproporzionatamente sottili e rotonde, le dita del piede sinistro presentano un certo grado di incavalcamento; sulle unghie delle dita delle mani, qua e là risaltano delle macchiette bianco-perlacee; piede destro in leggiera deviazione equina. Di carattere permaloso, irritabile, intelligenza un po' tarda. Osservasi la stessa forma di mioclonia, ma meno pronunziata di quella del fratello. Riflesso patellare debole.

La 2ª, di anni 11, pure di gracile costituzione, ebbe la pleurite secca nell'anno scorso. Leggiera asimmetria della fronte, incisivi inferiori sovrapposti gli uni agli altri, palato duro molto incavato, dita delle mani lunghe e sottili, e perfettamente rotonde e con qualche unghia macchiettata di bianco; piede varo-equino di piecolo grado ai due lati. Carattere vivace, permaloso, intelligenza anche un po' tarda. Contrazioni mu-

seclari gloniche superficiali agli arti inferiori, tronso, addome e diaframma; accentuato il rifiesso patellare.

La 8ª, di anni 9, ebbe 2 anni fa la tifoide, poi la polmonite. Costituzione linfatica, colorito pallido, cranio dolicocefalo, lobulo dell'orecchio sinistro poco sviluppato, palato duro molto incavato, naso pecorino, con narci molto ristrette, mani lunghe, con dita sottili, le solite macchie ungneali. Indole pacifica, malinconica, intelligenza tarda. Osservasi quasi la stessa mioclonia.

La 4ª, di anni 7, di costituzione ancora gracile, cranio brachicefalo, asimmetria della faccia, essendo la metà sinistra meno sviluppata; denti incisivi laschi, palato duro incavato molto, poco sviluppo dei lebuli auricolari, mani come le precedenti; punta dei piedi molto larga, con dita divaricate e quasi ugualmente lunghe, in modo da terminare in un piano quasi trasverso. Indole e intelligenza come la sorella precedente. Mioclonia meno pronunziata.

La 5^a di anni 6, di costituzione meno gracile; occipite piatto, fronte un po' sporgente, ciglia e lobuli auricolari poco sviluppati; denti piccolissimi, incisivi laschi, strabismo convergente dell'occhio sinistro, mani e dita lunghe, con qualche macchia ungueale bianco-perlacea. Umore vivace, intelligenza relativamente tarda. Mioclonia come la precedente.

Ed ora rica pitando le varie forme di mioclonia con gli altri tratti fondamentali dei quadri morbosi descritti, e cercando di ascrivere quosti ultimi a tipi clinici nervosi ben definiti, abbiamo, nei casi isolati:

Il 1º, caratterissato da mioclono a guissi, stimmate degenerative evidenti, astenia muscolare, sensasioni dolorose o altre molestie variabilissime, umore triste, impasiente, può essere ascritto alla neurastenia.

Il 2º, caratterizzato da mioclono a guizzi, da labe ereditaria leggiera (tremore del padre), da segni degenerativi evidenti, da accessi incoscienti coordinati ed espressivi, come il gridare ad alta voce ed il rotare intorno al proprio asse, e da scosse convulsive con delirio allucinatorio ed atti impulsivi pure inconsienti, deve essere ascritto, sensa dubbio, al tipo della epilessia associata alla mioclonia.

Il 3º, caratterissato da movimenti coreiformi degli arti superiori e del viso, da spasmi muscolari nettamente clonici nel resto del corpo, cefalea, dolori vaghi alle gambe, e da segni degenerativi, può essere considerato come un neurastenice.

Il 4º, caratterissato da micolónia a guissi, da labe neuropatica ereditaria (madre isterica), segni degenerativi poco sviluppati, può essere ascritto alla neurastenia o all' isterismo in incubazione (il fanciullo ha ancora 7 anni).

Il 5º, caratterizzato da mioclonia sotto forma di tremore vibratorio dei bulbi oculari, della testa e delle mani, e da stimmate degenerative bene accentuate, per quest'ultima condizione, fa l'impressione di appartenere più all'epilessia che agli altri tipi clinici nervosi accennati (Continua)

IL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

La neuropatologia in Germania

1. Sulla meningite sicresa e stati affini. Quincke apporta un nuovo contributo di 10 osservazioni alle altre, già tempo addietro da lui pubblicate, allo scopo di ben delineare il quadro clinico della meningite sierosa, la cui poca frequenza più che reale è apparente, dipende cioè dalla difficoltà di stabilire sicuramente la diagnosi, perchè dei casi genuini una parte termina con la guarigione e manca per ciò il reperto anatomico, e dall' altra parte nei casi venuti al tavolo anatomico (per lo più cronici) la pia, d'ordinario, non presentava alcuna alterazione rilevante. Il quale fatto trova riscontro in parecchi casi di versamenti sierosi articolari e di peritonite sierosa, in cui la sinoviale ed il peritoneo non hanno presentato alcuna lesione apprezzabile. L'essudazione sierosa nel cervello ha forse origine a preferenza dai plessi corioidei, ma le osservazioni di Kran nhais nell'influenza e di Aoyama nella peste, come pure certi casi di tubercolosi delle meningi, dimostrano che anche la pia madre corticale può essere la sede principale dell'essudazione.

In quanto alla cura , la più efficace, secondo l'autore, è la mercuriale. Degni di essere tentati sono i preparati di acido salicilico nei casi acuti.

L'estrazione del liquido per mezzo della puntura lombare trova la sua indicazione nei casi di essudazione sierosc.

2. Sulla questione dei iume dei capillari cerebra.
ii. M. Lapinsky. — Fra 6 casi in cui l'autore trcvò le pareti dei capillari intorbidate e granulcse, egli potè misurarne lo spessore in un solo.

Es3e non erano inspessite ed il loro lume era eguale a \$\frac{3}{4}.71\frac{7}{8}\$ del loro intero volume; sicché si può dire con certezza che in questo stato patologico le pareti dei capillari non sono inspessite.

Fra 2 casi di degenerazione granulosa, in cui solo l'intima era alterata, in uno fu possibile misurare la parete, la quale anche nei piccoli capillari era mediocremente inspessita; dimodoche in questa degenerazione il lume dei piccoli capillari può essere ristretto. Löw en fel d che descrive le alterazioni dei vasi nell'arteriosclerosi, assicura che nella degenerazione granulosa dell'intima, il lume delle piccole arterie non è ristretto, il che però non esclude che il lume dei capillari possa essere ristretto.

In un caso che ricordava la degenerazione cerea di Zenker, in cui l'intima era enormemente rigonfia, mentre l'avventisia era normale, il lume dei capillari medi e piccoli era perfettamente obliterato.

Il processo di periarterite fibrosa dell'avventizia suole accompagnarsi ad un processo analogo dell'intima; ma quando il processo colpisce sol-

tanto l'avventisia, il lume dei piccoli capillari è rimpicciolito; al contrario quello dei grandi capillari è slargato.

Quando il processo è diffuso all' intima, il lume dei grandi capillari è maggiore del normale; invece il lume dei piecoli capillari è ristretto.

Gli stessi fatti si riscontrano nei casi di degenerazione jalina dei capillari . vale a dire, in questi casi si possono incontrare capillari grossi con lume largo e capillari piccoli con lume del tatto elliterato.

Da tutte le osservazioni fatte, l'autore detrae i seguenti risultati : quando la parete dei capillari si inspessisce, il lume dei capillari sottili ne soffre più del lume dei capillari più grossi, e può aversi perfino la completa obliterazione.

I grossi capillari si comportano differentemente, in quanto che il loro lume si restringe (quando c'è una forte alterazione dell'intima sola o della sola avventizia o di tutte e due) o non si modifica (quando le lesioni delle tuniche dei ca-

pillari sono di media intensità).

3. Ematemiella contrale del cene mideliare. H. Higier riferisce la storia di una donna di 28 anni che, cadendo da una notevole altezza, andò soggetta ad un forte trauma della colonna vertebrale. Tostocchè la donna riacquistò la coscienza, si notò paraplegia totale, anestesia completa degli arti inferiori, e nello stesso tempo ostinata ritensione di urina e di fecce. Ma nel corso di pochi giorni tutti questi gravi sintomi regredi rono: della paraplegia crurale non rimase alcuna traccia, dell' anestesia completa e diffusa delle gambe residuò una dissociazione delle sensibilità, localizzata nel seguente modo: regione glutea e perineale dei due lati, due sone simmetriche nella faccis posteriore delle cosce, mucosa del tratto retto-vescico-genitale nella sua sezione profonda; invece di ritenzione si ebbe infine incontinenza dell' urina e delle fecce.

L'autore disgnosticò un'emorragia del cono midollare, e cita in appoggio i casi di lesioni di quest' ultima porsione del midollo spinale esistenti nella letteratura, il cui quadro clinico corrispondeva a quello offerto dal caso presente.

4. Un care di tetania con speciale reperte anatemies. Köster. — Un giovane di 21 anne, avvertiva da 6 mesi contrazioni, in principio poco dolorose nei muscoli a preferenza per l'azione del freddo.

A poco a poco queste contrazioni si fecero più forti e più dolorose e moltissimi muscoli ne venivano presi, enza alcuna simmetria. Erano colpiti i muscoli degli occhi, delle braccia, del tronco, specie dell' ad lome e l'infermo inoltre provava difficoltà ad inghiottire e ad emettere le urine. Le contrazioni erano, ora tonico cloniche,

ora clonishe. I muscoli non erano ne atrofici ne paretici.

Nelle braccia, inoltre, v'erano crampi intensionali, e la posizione della mano durante questi ultimi era quella del pugno chiuso. Esieteva inoltre il fenomeno di Troussean e quello di Erb, l'eccitabilità meccanica dei muscoli era notevolmente aumentata. Mancava il sintema di Chwostek. Lasensibilità era normale. Non si potevano provocare i riflessi patellari, mentre esistevano i riflessi periostei e gli altri riflessi tendinei. Alla sezione si trovò cirrosi renale emorragie circoscritte, parte nella coda equina, parte attorno alle radici del 8º e 5º pajo dei nervi cervicali, parte nella guaina dello sciatico e nel connettivo circostante della coscia destra.

All' esame microscopico nulla di anormale.

5. Contribute alla diagnesi ed alla cura chirurgica dei tumeri cerebrali e della epilessia jacksemiana. Fr. Schultze riferisce 8 osservazioni di tumori cerebrali. Nel primo caso esisteva oftalmoplegia esterna bilaterale, in cui erano risparmiati soltanto gli abducenti, atassia, difficoltà della deglutizione e della parola, esagerazione dei riflessi tendinei nelle gambe, di tempo in tempo disordini dell'urinazione, movimenti coreiformi negli arti inferiori, grande apatia ed in ultimo papilla da stasi.

Fin dal principio, parestesie nelle mani e nei piedi. L'autore diagnosticò un tumore dei tuber-

coli quadrigemini.

Nel secondo caso si trattava di un gresso sercoma delle pia madre che comprimeva l'emisfero destro, insieme ad idroceíalo interno, più rilevante a sinistra.

Nella terza osservazione ssistevano nel quadro clinico fatti che conducevano ad ammettere un focolaio nella circonvolusione frontale ascendente specie in corrispondenza del centro del braccio. Mancava la papilla da stasi; fatta la trapanazione, si trovò un tumore nel sito diagnosticato, e fu facilmente enucleato, ma poiche il tumore era troppo grosso (pesava 150 gram.) si ebbe forte emorragia, e l'infermo morì dopo poche ore-

Nella quarta osservazione esisteva un unico sintoma di focolaio, cioè parsiale paralisi facciale destra insieme a debolezza motrice del braccio destro. Fa diagnosticato un tumore della corteccia cerebrale. Fatta la trapanazione, questa non cadde sul tumore. Due giorni dopo ebbe luogo la morte, e si trovò un grosso tumore nella corteccia, in corrispondenza del centro del facciale. Inoltre esisteva una ciste, grande quanto una noce avellana, nella sostanza midollare sottocorticale, un poco all' indentro ed in avanti del tumore corticale.

Nella quinta osservazione la diagnosi di sedo del tumore non potè esser fatta con certessa. Nondimeno l'autore apri la scatola cranica in corrispondenza della parte media ed anteriore dell' emisfero destro del cervello. Aperta la dura madre, le circonvoluzioni apparvero appiattite e sulla corteccia del lobo frontale si trovò un tumore rossastro, di consistenza mollissima,

L'allontanamento del medesimo non potè es-

sere completo; ne segui forte emorragia e dopo giorni dopo l'operazione si presentarono i primi pochi giorni avvenne la morte,

· Alla sezione si trovò un glio-sarcoma, grosso quanto un pugne, nel lobo frontale destre, che si era diffuso fino al corno anteriore del ventricolo laterale destro.

Nel 8ºsto caro esisteva vertigine, andatura barcollante e dolore occipitale fin dal principio della malattia. All' esame dell'occhio si trovò emianopsia omonima sinistra. All'autopsia si trovò nello spazio sottostante al cervelletto un tumore che aveva attaccato lateralmente il midollo allungato e dall'altra parte l'emisfero sinistro del cervelletto. Si trattava di un gliosarcoma.

Gli ultimi due casi che l'autore riferisce sono due casi di epilessia jacksoniana, che facevano supporre un'affezione a focolaio della corteccia. · In entrambi i casi fu fatta la trapanazione, ma non si trovò nulla di anormale e la resezione stessa del cranio non ebbe influenza favorevole duratura sull' epilessia.

6. Due casi di paralisi buibare astenica. — A. Kejewnikoff fa la storia di questa malattia e riferisce due osservazioni, di cui una tipica, l'altra presentava alcune particolarità che d' crdinario non si sono osservate nei casi consimili, vale a dire diminuzione della forza visiva e facile stancabilità della retina, disordini del gusto, atrofia degenerativa dei muscoli della lingua e del palato molle, zucchero nell'urina.

7. Casulstica della Clinica medica di Heidelberg. I. Hoffmann. — Il primo caso, che l'autore riferisce, è di paralisi bulbare progressiva cronica, il quale caso presentava alcuni particolari degni di ncta. Dal lato etiologico esisteva un' intessicazione cronica per piombo: dal lato sintomatologico meritava di esser notato il tumore spontaneo della mascella inferiore, che fu il sintoma iniziale della malattia.

Il secondo è un caso di paralisi facciale sinistra, probabilmente corticale, il quale presentava, come particolarità importante, questo fatto, che eccitando un muscolo od un ramo del facciale di destra, si contraevano, oltre che i muscoli di destra. quelli del lato paralizzato (contrazioni riflesse elettriche contro-laterali).

Seguono tre casi di paresi degli arti inferiori in due donne ed un uomo impiegati nei campi a trapiantare rape, per cui dovevano stare dalla mattina alla sera inginocchiati. In tutti e tre i casi erano paralizzati il nervo peroneo ed il tibiale di sinistra; in un caso era paralizzato pure fi tibiale destro ed in un altro pure il peroneo destro. Causa della paralisi fu la continua pressione esercitata sul tibiale e sul peroneo nel cavo poplitec.

Il quinto è un caso di malattia di Thomsen complicato a nevrite multipla.

Il quinto è un caso di tetania riguardante un uomo di 18 anni, al quale, a parecchie riprese. nel 1888 e nel 1885 era stato estirpato parzialmente il gozzo, senza che egli avesse mai pre-1890, essendo recidivato il gozzo, gli venne estirpato ad eccezione di un piccolo residuo. Tre

sintomi di tetania, il che coincide con i risultati della patologia sperimentale, secondo cui gli effetti della estirpazione della tiroide si manifestano quando l'organo è stato estirpato in totalità o ne è residuato soltanto una piccola porsione, insufficiente a sostenere la funsione della ghian-

Durante il tempo che l'infermo stette in osservazione, ai sintomi di tetania (parestesie, facili contrazioni muscolari e crampi, ronzio agli orecchi, stanchessa, aumento dell'eccitabilità meccanica ed elettrica dei nervi sensitivi e motori, fenomeno di Trosseau, fenomeno del facciale, iperestesia galvanica degli acustici ecc.), si aggiunsero sintomi di mixedems, come gonfiore del volto senza edema, labbra spesse e livide, gengive rigorfie e livide, ecc.

Sulla paralisi spastlea familiare, --- H. Hochhaus osservò questa malattia in due fratelli ed una scrella, dell'età di 21, 18, 8 anni. I genitori erano sani; nella famiglia del padre e della madre non c'erano state malattie nervose, ne sifilide; nella famiglia della madre era ereditaria la tubercolosi.

La malattia nei fratelli e nella sorella cominciò all'età di 2 anni, progredi gradatamente e raggiunse il massimo d'intensità al 6º anno. Da quell'epoca il corso della malattia fu diverso: in un fratello i sintomi diminuirono gradatamente d'intensità, in modo da essere evidente un miglioramento notevole; l'altro fratello peggiorò. sempre più; nella sorella la malattia rimase stazionaria.

Il quadro clinico era identico in tutti e tre gli infermi : paresi spastica degli arti inferiori con sumento dei riflessi tendinei e clono del piede, senza disordini di sensibilità, della vescica e del retto; soltanto in uno dei fratelli, il cui stato era andato peggiorando, esisteva atrofia considerevole dei muscoli, delle gambe e forte contrattura del tricipite.

In tutti e tre i casi l'autore ammette una affezione delle vie piramidali, nella loro sezione inferiore, la cui intensità fu diversa nei vari individui.

Esclude che si possa trattare di un'affezione cerebrale bilaterale, ossia di una forma di malattia di Little, perchè in tutti e tre i casi mancava qualsiasi momenco etiologico; in secondo luogo non c'era alcun sintoma che facesse pensare ad un'affesione cerebrale, ed infine le braccia erano perfettamente integre (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 9 H. Bd. 8 u. 4, 1896). De Grazia

PRATICA DELLE MALATTIE INFETTIVE.

il rene nel tife

Che le lesioni renali possano accompagnare la febbre tifoide, è un fatto noto da molto tempo; sentato alcun fenomeno morboso. Nell'agosto del il Louis sin dal 1829, si è occupato di questo argomento.

Fra i primi la vori che trattano di queste le-

sioni, oltre quelli del Louis, possiamo citare gli studi del Gregory (1881), del Rayer (1889), del Martin Solon, dello Zimmermann, del Lecorchè, e del Leudet.

Il Cornil, il Rosenstein, l'Hanot, il Legrouse, il Griesinger, mostrarono posteriormente che le complicazioni renali della febbre tifoide, possono variare molto secondo i casi, e come lesioni e come manifestazioni cliniche.

Il Bobin, individualissò nettamente la forma detta renale della febbre tifoide e diede delle notime dettagliate sulla urologia di questa affesione.

I suoi studi furono confermati nel 1878 dallo

Hamat.

Recentemente si sono occupati di questa malattia il Benault, l'Hortoles, il Didion il Sarda, il, Letienne, l'Enriques, il Vincet, il Marfan, Lecoq.

In linea generale le lesioni renali, prodotte dall'infezione tifics, sono superficiali e passeggiere; in alcuni casi, fortunatamente più rari, esse si estendono in profondità, colpendo gli elementi nobili dell'organo e sono una delle canse dell'esito letale.

Fra le forme passeggiere si può osservare la nefrite congestiva, la nefrite con predominio dei fenomeni di diapadesi (Brault) la nefrite linfomatesa di Wagner.

Nella forma congestiva ha luogo una dilatazione irregolare dei capillari della sostanza corticale, qualche volta accompagnata da spandimento di sangue nella capsula di Bowmann, con passaggio di questo sangue nei tubuli contorti; da parte di quest'ultimi è stata osservata la tumefazione delle cellule la cui estremità libera diviene jalina.

La luce del canalicolo è riempita da un essu-

dato contenente callule linfatiche.

La nefrite con predominio dei fenomeni di diapedesi è caratterizzata da un accumulo di cellule linfatiche negli spasi inter-lobulari ed attorno alle

Questa infiltrazione diviene considerevole nella forma linfomatosa in cui all'esame ad occhio nudo si vedono sul rene sparse delle macchie biancastre.

Naturalmente esistono nello stesso tempo delle

lesioni glomerulari ed epiteliali.

Si vede quindi, che la nefrite passeggiera non è localizzata ai soli tubi escretori, come l'aveva descritto Virchow, ma é diffusa e totale; semplicemente è da notarsi che le lesioni sono poco intense.

In certi casi ci troviamo in presenza di una necrosi da coagulazione con rigonfiamento delle cellule epiteliali dei tubuli contorti, con presenza di corpi vitrei nel protoplasma che si colora male. Il giomerulo è allora poco affetto (Hanot e Legroux, Bralt).

Il Renaut ha descritto una alterazione particolare che egli chiama « punti mixoidi ».

Esiste fra i glomeruli e la capsula di Bowmann un essudato translucido albuminoso, che nettamente i bacilli specifici nei tagli del rene, distande le capsule e si svuota dai tubi contorti. Kaso può essere cosi abbondante da fare rom-isi connettivali che separono i tubi uriniferi.

pere i tubi, dando luogo a degli isolatti cavernosi all' altessa dei quali compare una specie di tessuto mucoso; essi costituiscono allora i punti mixoidi.

Il sangue che è racchiuso nei capillari corticali distesi sembra essere molto alterato, perchè tra i globuli decolorati nuotano dei piccoli globi rosei; nelle vene interlobulari e nei linfatici si trova un essudato analogo a quello che esiste nella capsula di Bowmann.

L'edema perilobulare è per Renaut, il punto di partenza di una nefrite interstiziale cha si sviluppa nella sona dei glomeruli ed in un grado

minore nella sostanza midollare.

Il professore di Lione insiste anche sulla costanza della necrosi da coagulazione dell'epitelio secretore.

Si producono alcune volte, nel rene, degli ascessi miliari che possono risultare dall'esagerazione delle lesioni dalla forma linfomatosa o dipendere, come avviene ordinariamente, da una infesione sopraggiunta (Boger, e P. Gallois).

La nefrite tifoidea può passare allo stato cronico? G. de Mussy, Griesinger, La badis-Lagrave, hanno considerato questo fatto come probabile; Vigner ot ha riferito parecchie osservazioni di nefrite tifosa con albuminuria persistente.

D'altro canto può vedersi sviluppare la nefrite negli individui che parecchi anni prima hanno sofferto una febbre tifosa con albuminuria ed

Se in tal caso non esiste altra causa che possa spiegare la malattia renale, si è naturalmente costretti ad attribuirlo alla infesione antecedente.

Le lesioni anatomo-patologiche non hanno nulla di speciale e si tratta sempre di nefriti croniche diffuse con predominio delle alterazioni e-

Le ricerche fatte allo scopo di isolare dalle urine il bacillo del tifo hanno dato dei risultati contradittori.

Hueppe, Chantemesse, e Widal, Bibbert, Berlioz l'hanno raramente oper nulla riscontrato; Berlios fra 14 casi esaminati, solo in 4 casi osservò semplicemente degli stafilococchi piogeni.

Al contrario Neumann dice di avere trovato il bacillo di Eberth 11 volte fre 48 casi esaminati; egli non accorda, del resto, alla sua

presenza alcun valore prognostico.

In 20 casi seguiti da morte, Se i t s ha ricercato il bacillo sui tagli praticati in differenti organi, ma non è riuscito giammai e riscontrarlo nel rene. Faulhaber facendo le culture di piccoli frammenti del rene, ha isolato il bacillo 4 volte su 4.

Enriques ha studiato 12 casi, nei quali l'arina conteneva una quantità rilevante di albumina, e, soltanto 7 volte ha potuto riscontrare il bacillo di Eberth, costatandone la presenza fino al 80º giorno della malattia.

Lo stesso autore è riuscito a colorare molto ed ha constatato che esse si localizzano negli spaIn due casi le culture del sangue del rene diedero luogo a colonie del bacillo di Eberth ed una volta questo microrganismo si trovò associato allo stafilococco.

Anche Cornil e Babes segnalarono la pre-

senza del bacilio nei vasi renali.

Recentemente Rendu ha trovato in un caso di nefrite tifosa dei conglomerati di bacilli in tutti i punti del rene

Sai tagli trasversali dei tubi uriniferi si osservarono in certi punti degli ammassi obliteranti il loro lume.

In una giovane donna, che al secondo giorno delle malattia, fu colpita da emostasi con dolori lombari e vomiti; Merklen, al sesto giorno, potè isolare il batillo di Eberth in cultura pura dalle urine raccolte direttamente nella vescica.

La lesione renale nella febbre tifoide, come nelle altre malattie infettive, può dipendere sia dal passaggio dei microrganismi nel parenchima renale, sia per la eliminazione delle loro tossine. Attualmente si tende ad ammettere che la influenza delle tossine microbiche sia preponderante e che il rene non sia appropriato alla eliminazione in massa di microrganismi.

Del resto Chantemesse e Widalhanno potuto determinare delle nefriti, inoculando ad alcuni animali le culture filtrate del bacillo di Eberth.

La maggior parte degli autori, nello stato attuaie della scienza, orede che la presenza di albumina nelle urine indichi sempre una lesione renale. In base a ciò si è ricercato quale sia la frequenza dell'albumina nell'infezione tifosa.

I risultati ottenuti sono stati vari. Gubler ed i suoi allievi credono che essa sia costante; invece Griesinger, Amat, Finger ammettono che l'albumina si riscontri nella proporsione del 38 p. 100 e Murchinson in quella hel 25 p. 100.

Cheron avendola ricercata con metodi abbastansa esatti, l'ha ritrovata in quasi tutti i tifosi

in cui praticò le osservazioni.

Il momento in cui compare l'albumina nelle urine, è variabile: spesso essa apparisce alla fine della prima settimana, od all'inizio della seconda. Si è voluto considerare l'albuminuria la quale si manifesta al quindicesimo o ventesimo giorno come l'indice di una nefrite, mentre quella che compare all'inizio della malattia è stata ritenuta come una albuminuria dipendente dalla ipertermia.

In realtà tutte e due le forme di albuminuria sono l'espressione di una lesione renale.

La quantità di albumina è in generale tanto più grande per quanto più grave è l'infezione; Weill dice diavere constatato l'albuminuria nel 37 p. 100 dei casi gravi, e nel 18 p. 100 nei casi leggieri.

Alle volte l'albuminuria tifosa sparisce assai presto, alle volte invece si prolunga fino alla defervescenza od alla morte; dopo essere scomparsa può apparire di nuovo sotto l'influenza di una complicanza.

Naturalmente persisterà se si sarà stabilita una lesione cronica.

L'oliguria è spesso uno dei sintomi di una grave lesione renale. Più importante è la presenza, nel sedimento, di cilindri fibrinosi o granuli grassosi, di cilindri jalini, di epiteli e giobuli rossi

Benaute Petit hamo descritto tre forme di n frite tifoidea.

La forma comune aggrava lo stato generale e determina una secchezza molto pronunziata della lingua; la diarrea è più abbondante, compaiono i dolori lombari ed una dispnea molto intensa.

Nella forma emorragica la ematuria è molto abbondante, ma bisogna ricordare che essa può essere anche il segno di una lesione pielitica.

La forma uremica si manifesta sia con paralisi limitata, sia con esagerssione di fenomeni nervosi e dei disturbi sensoriali, sia infine con attacchi di eclampsia.

La morte subitanea può essere la conseguenza

dell'uremia.

È stato notato che l'edema e l'anasarca sono rari nella nefrite tifoidea; Lancereaux ha osservato che l'edema è localizzato quasi sempre alla faccia.

Secondo Os thoff, la febbre tifoide potrebbe iniziarsi con una localizzazione renale ed apparire con vomiti, prostrazione profonda, delirio.

In questa si avrebbe un nefro-tifo, paragonabile allo pneumo-tifo.

La nefrite post-tifoidea, può manifestarsi più o meno lungo tempo, dopo, da due mesi, fino a due anni dacchè è avvenuta l'infezione tifosa.

Nella cura della febbre tifoide complicata da nefrite, si insisterà sopratutto nell'uso del latte e di bagni freddi. Le lesioni renali non controindicano quest'ultima pratica, tanto più che è stato osservato che l'uso dei bagni freddi all'inizio della malattia rende la nefrite tifoide assai rara.

Le Gendre consiglia semplicemente i bagni tiepidi di 20 minuti, seguiti da frizioni cutanee, ovvero gli impacchi umidi (*Le Bulletin Mèdical*, n. 2, 1897).

Bentivegna

NECROLOGIO

Prof. Salvatore Trinchese

Una grave perdita hanno fatto la R. Università di Napoli e la Scienza con la morte del Prof. Salvatore Trinchese, ordinatio di anatomia comparata in questa R. Università.

Scienziato insigne e lavoratore instancabile, ha lascialo orme durature nella istologia comparata e sopratutto nello studio degli intimi fenomeni vitali del

protoplasma e del processo cariocinetico.

Non pochi suoi lavori hanno anche positiva importanza medica, oltre che biologica generale. Basta ricordare le ricerche sulle piastro terminali motrici dei tronchi nervosi.

L'Ateneo di Napoli non dimentichera mai l'opera sua indefessa di Rettore per la fondazione dei nuovi edifizi universitari. La morte gli ha impedito di vederne l'attuazione.

Redattore responsabile: Dett: HUGO NACC-ARONE

Sommano.—1. Riviste sintetiche. La peste bubonica.—
2. Lavori originali. Ospedale civile e militare di Fermo, diretto dal dott. Orazio D'Allocco.—Parecchi casi di mioclonia, la maggior parte familiari. Contributo al valore della medesima quale sintoma di stato degenerativo, specialmente epilettico, e quale reasione di neuroni motori, pel dott. O. D'Allocco — 8. Società scientifiche. — 4. Le Cliniche francesi. Clinica delle malattie delle vie urinarie di Parigi (prof. Guyon). Il cateterismo come modificatore della mucosa uretrale. — 5. La pratica d'ogni giorno.—6. Pratica medica.—6. Note di pediatria.—7. Formulario.

RIVISTE SINTETICHE

La peste bubonica

L'argomento è di attualità, epperò abbiamo redatto la presente rivista sintetica, tenendo presente sopratutto un lavoro del Thoinot.

La peste bubonica è stata, dal secolo XIV fin qui, un'affesione epidemica, che non tanto raramente ha fatto strage dell'umanità, specie in certe nazioni.

Dal XIV secolo alla metà del XIX, questa infermità è stata meno terribile; dalla metà del XIX secolo, ai nostri giorni è stata in permanenza fissa, in pochi paesi dell'Africa e dell'Asia, in forma endo-epidemica.

Oggi però , ci troviamo con questo male , in una nuova fase, che minaccia tutta l'Europa.

La peste, per la 1ª volta, apparve in China inel 1884 e venne in Europa nel 1847 dopo avere attraversato l'India, la Persia e la Russia, devastando l'antico continente.

Però l'origine di tale affesione, pare si confenda con l'antichità, e la primissima comparsa si fu nell'Egitto.

Nel 542 appare sulle rive del Meditarraneo e della Persia; e questo episodio viene chiamato col nome di peste di Giustiniano.

Dal 542 all'epidemia del XIV secolo non si hanno le tracce del morbo,

La peste, o mal nero del XIV secolo, che affiisse l'Europa dal 1847 al 1850, si dice, abbia fatto 25 milioni di vittime, e il totale dei morti in quel periodo, nel mondo intero, si fu di 40 milioni.

Nei secoli compresi tra il XIV e il XIX secolo, la peste appare in Europa; nella Danimarca (1654) in Inghilterra (1665), in Isviszera (1668), nei Paesi Bassi (1669), in Ispagna (1681).

In Francia, a Marsiglia e nella Provenza dal 1790 al 1792, fece circa 80,000 vittime.

Alla fine del XVIII secolo, e al principio del XIX, la peste riappare nell'Europa orientale, in Turchia, sulle rive del Danubio, in Russia, in Grecia, nella Transilvania, in Dalmagia.

Al principio del XIX a Costantinopoli, si manifestò 2 volte, nel 1808 e nel 1818.

Nel 1840, e 1842 la peste scompare dall' Europa, e si ferma in Africa e nell'Asia minore.

L'Egitto, che aveva enumerato 21 epidemie, dal 1788 al 1844, fu completamente nel 1845 esente dal male, tanto, che Fauvel, si credette autorissato a proclamare in seno al comitato di igiene, la cessazione del flagello, restando solo in qualche punto dell'Africa e dell'Asia.

Dal 1845, ai giorni nostri, il male si è manifestato in Africa, (Cirenaica), in Asia, Assiria, Frak-Arabi, Persia, Turchistan, Afganistan, Iudostan e China.

La peste asiatica d'oggi, è quel male che produsse tanta strage nell'epoca antica e nella media.

Oltre alla peste classica, si osserva, frequentemente, la forma pneumonica e l'emorragica, chiamata, nel XIV, secolo mal nero.

L'epidemia endemica indiana, è caratteristica per le complicanse polmonari ed emorragich»; e l'epidemia di Poli (1886) è restata celebre per queste complicanse.

La peste, che per 50 anni era rimasta silente, oggi è stata importata a Bombay ed a Camaram nel mar Rosso, e la comparsa del male in questi centri, desta in noi, un grande spavento.

La causa del male sembra che sia un microrganismo scoverto da Yersin nel 1894 a Hong-Kong, e descritto dallo stesso negli «Annali dello Istituto Pasteur».

Il bacilio della peste, corto, grosso, ad estremi arrotondati, si colora facilmente coi colori di anelina, si decolora col metodo di Gram, e la colorazione di esso, dà nel centro uno spasio chiaro. Si coltiva in tutti i messi usuali, e si riscontra in gran quantità nei buboni e nei gangli degli infermi. E, raro nel sangue.

La polpa bacillifera dei buboni della peste, inoculata ai soroi, li ammassò.

La trasmissibilità della peste è sicura, però le vie e i messi, con i quali essa si trasmette, sono conosciuti molto imperfettamente.

Ma, pare assodato, che la trasmissione del male avvenga, in ispecial modo, pel contatto diretto dell'ammalato.

Ii contatto indiretto, con gli indumenti usati dal malato, è ammesso dalla gran maggioranza degli autori.

Volume L N. 21, 1807.

L'aria, non pare un veicolo attivo del germe della peste, perchè in mezzo alle case infette, ne esistono molte altre esenti dal male. Quindi l'isolamento costituisce un efficace mezzo di difesa del male.

Nella gran peste di Mosca, nella casa imperiale degli orfani, contenente più di mille persone, furono chiuse tutte le porte dell'istituto, evitando il contagio, e non si ebbe alcun morto. Gli stessi fatti furono notati in Oriente, ove tutti gli edifici pubblici furono sottoposti a rigorosa sorveglianza, ed anche là, non si ebbero a verificare malattie di questo genere.

Lo studio del suolo, nella trasmissione della peste, merita di essere approfondito.

Y er s in afferma, di avere isolato il bacillo della peste, dalla terra raccolta a 4 e 5 centimetri di profondità in un suolo di casa infetta, ed esso non riusci virulento.

Gli animali, nei focolai di peste verificatasi nell'Indostan, si son trovati morti alla vigilia di svilupparsi la peste, come topi, serpenti e sciacalli e, per gli indigeni, questo era segno sicuro dello sviluppo della peste, che dava loro il tem, po di allontanarsi (Mahè).

Yersin afferma, che i medici chinesi, che avevano avuto occasione di osservare le epidemie di Pakoi e di Lien-Chu, avevano notato, che il flagello, prima di attaccare gli uomini, esordiva nei sorci, nei porci, nei bufali, ecc.

Le mosche, come in molte malattie parassitarie, possono essere mezzo di traemissione.

Le vie d'invasione dell'organismo, dal germe pestilenziale, non sono ancora conosciute.

Le inoculazioni sottocutanee fatte nel 1885 all'ospedale di Esbekiè nel Cairo, col sangue di ammalati di peste bubonica, furono sempre negative.

Nell'etiologia del male, altri fattori, d'ordine secondario, debbono essere anche considerati.

La razza non crea immunità; così la razza bianca, la mengolica, la nera, sono tutte ugualmente colpite.

L'immunità contro la peste, quasi non esiste, contrariamente a quello che altri credono (Proust).

Certa cosa è, che la miseria, i dissesti, la fame, l'igiene poco rispettata, favoriscono lo sviluppo del male.

Le condizioni telluriche, non hanno influenza alcuna sul suo sviluppo.

Non è vero che la peste si sviluppi nelle regioni, i cui territori sono alluvionati, nei delta dei fiami, nelle pianure umide; forse non si osservano dei focolai d'infezione nelle regioni montagnose dell'Himalays, del Curdietan, d'Assiria, di Yunnan?

Le condizioni meteoriche influiscono sullo sviluppo del male. Le moderne ricerche, hanno confermato, che la peste si estingue con l'avvicinarsi delle stegioni calde.

Nel Curdistan, ma sopratutto nell'Irak-Arabi, la peste scompare con precisione quasi matematica, quando la temperatura arriva a 45° o a 50° e ciò verso la fine di giugno ed il principio di luglio; ricomincia a volte verso l'autunno, in casi isolati, e continua nell' inverno, per poi rinorudelire in primavera, ch'è il massimo periodo di intensità, e ridiscendere in està (Mahè).

La peste, non si è avuta mai nei paesi situati al disotto dei 20º di latitudine nord.

La gravezza del male odierno, è pressochè uguale a quella antica.

Nella Orrenaica nel 1858 la mortalità fu di 4 sopra 6 ammalati; nel 1874 si fu di due sopra cinque.

Nel 1878-74 la peste dell'Irak-Arabi, ammazzò il ventesimo della popolazione (C a b i a d i s), nel 1876 (A r n a u d), la mortalità fu 1 sopra 8 abitanti, 22,000 sopra 170,000 abitanti.

Le eridemie del 1881 e 1884 furono non meno gravi; in qualche villaggio morirono più della metà degli abitanti.

Nedjeff ebbe più di 8,000 morti sopra 7,000 abitanti.

Nel 1881 la stessa gravezza si ebbe in Persia; nel 1876 a Chuster morirono 1,700 abitanti sopra 7,000, ossia 17 sopra 24.

Nel 1877 a Recht, la peste smmazzo più di 2,000 persone sopra 20,000 abitanti, dove i 4,5 avevano emigrato (Castaldi).

La peste di Vetlianka diede 94 a 95 per 100 di mortalità.

Nell'Indostan nel 1876, il 94 per 100 morirono a Gurwal e Koumaon.

In China, la peste di Hong-Kong del 1894 diede il 95 per 100 di mortalità (Yersin).

Come profilassi, occorre prevenire l'imbarco della peste a Bombay; ciò è la chiave di tutte le misure profilattiche; stabilire i lazzaretti del Mar Rosso, sono i mezzi profilattici internazionali.

Se questi non si possono ottenere, in allora bisogna avvalersi dei mezzi profilattici nazionali cioè: arrestare il flagello alle frontiere ed estinguere tutti i focolai che si sviluppersono nell'interno.

Vaiena

ı.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE E MILITARE DI FERMO, DIRETTO DAI
DOTTOR O RASIOD'A LLOGGO.—PARECCHI CASI
DI MIOCLONIA, LA MAGGIOR PARTE FAMILIARI.—Contributo al valore della medesima qual
sintoma di stato degenerativo, specialmente epilettico, e quale rea sione di neuroni motori, pel dottor
O RASIO D'ALLOGGO.

(Contin. e fine. —Vedi num. prec.)

Fra i casi familiari, nel 1º gruppo distinguiamo: Il 1º paziente, caratterizzato da mioclonia a spasmi superficiali, segni degenerativi piuttosto spi cati, accessi incoscienti ora di semplici allucinazioni visive, ora di vertigine con caduta preceduta da aura sensitiva (dolori al vertice e alle gambe) e seguita da allucinazioni pure visive; esso deve essere ascritto al tipo dell'epilessia associata al mioclono.

Il 2°, 3°, e 4° pazienti, caratterizzati da micclonia e segni degenerativi poco spiccati, possono essere considerati quali candidati allo sviluppo di una delle dette nevrosi.

Nel 2º gruppo, con labe ereditaria neuropatica (ava affetta da frenosi pellagrosa forma di lipemania ansiosa, e madre affetta da morbo di Bas e d o w) distinguesi:

Il 1º pasiente, caratterizzato da mioclonia a spasmi superficiali, ma con effetto locomotorio degli arti, e da contrazioni fibrillari, da segni degenerativi, allucinazioni e caduta incosciente, deve venire ascritto all'epilessia associata alla mioclonia.

Il 2º caratterizzato da mioclonia appena sensibile appartiene a tipo nevrotico, per ora indeterminato.

Nel 8º gruppo, con labe neuropatica ereditaria (avo apoplettico, genitori con tremore alle mani ed alla lingua), distinguiamo:

Il 1º pasiente, caratterizzato da spasmi clonici piuttosto ampi e ritmici della testa (spasmus nutons) e degli arti superiori, da caduta istantanea, senza perdita di coscienza, al minimo toccamento su una delle zone cefaliche, da arresto transitorio nello sviluppo della loquela, e da segni degenerativi spiccati, deve essere ascritto alla epilessia motoria riflessa, con zone epilettogene sulla testa. E' anch'esso un caso di mioclonia associato alla epilessia.

Il 2º, caratterizzato semplicemente da leggiera mioclonia a guizzi, è un nevrotico di tipo ancora indeterminato.

Nel 4º gruppo, con labe neuropatica paterna

(abuso di vino, meningite reumatica cerebro-spinale ricorrente), distinguiamo:

Il 1º, paziente, caratterizzato da mioclonia diffusa a forma di guizzi, con effetto locomotorio delle membra da movimenti coreiformi del volto, da contrazioni toniche dei glutei; da sensazioni dolorose vaghe, astenia, umore malinconico, proclive al pianto, deve essere ascritto alla neurastenia. Allo stesso tipo nervoso, meno alcune modalità di forma e di grado nel quadro sintomatico della m'oclonia e delle stimmate degenerative, possono essere ascritti gli altri fratelli minori.

Finalmente, i soggetti del 5º gruppo, con una forma di mioclonia quasi identica in tutti, con stimmate degenerative più o meno spiccate, e con altri tratti più o meno simili del quadro morboso, possono venire ascritti piuttosto alla neurastenia.

Adunque, in tutti i casi descritti, esistono contrazioni muscolari cloniche (carattere fondamentale della mioclonia) più o meno diffuse, la maggior parte delle quali sotto forma di gnizzi muscolari, con movimenti limitati di locomozione delle membra, mentre in un piccolo numero di casi si presentano sotto forma di scosse, da produrre movimenti bruschi degli arti (2º caso), o di spasmi muscolari clonici ampi ma ritmici (spasmus nutans, e movimenti clonici negli arti superiori del 1º infermo del 8º gruppo familiare), o sotto forma di spasmo vibratorio o vero tremore (bulbi oculari, testa e mani, dell'ultimo fra i casi isolati) o di parziali movimenti coreiformi. Abbiamo quindi osservato varie modalità di spasmi muscolari clonici, fra le quali si distinguono dei caratteri di associazione o di transazione la una dall'altra, da restare ben giustificata la dedenominazione collettiva di mioclonia data ai medesimi. Esistono infatti casi pubblicati da altri autori, i quali confermano questo concetto unitario.

Il Remak presento alla società medica di Berlino un infermo, che egli riguardava come affetto da una mioclonia intermedia tra il paramioclono multiplo di Friedreich e la corea elettrica di Fubini; il Lemoine pubblico un caso di paramioclono multiplo, che fu seguito da disturbi psichici e da ecolalia, al pari che nelle malattie dei tics, i quali si possono considerare, dal lato della loro manifestazione, come una forma di mioclonia, siccore sara meglio accennato nelle conclusioni del presente lavoro.

Tutte queste forme di mioclonia germogliano da un solo e medesimo terreno degenerativo: le malformazioni, le anomalie nello sviluppo di alcune parti del corpo, specialmente del cranio, il quale segue e non precede lo sviluppo del cervello; le anomalie nella sfera psichica osservate in maggiore o minor grado in tutti i quadri sintomatici esposti, costituiscono appunto delle stimmate, fisiche e psichiche, degenerative. E lo aver cercato di ascrivere questi quadri sintomatici in cui si è osservata la mioclonia, a tipi clinici nervosi ben definiti (isterismo, neurastenia, epilessia) i quali sono riconosciuti come altrettanti rami di un tronco patologico degenerativo, ha avuto per iscopo meno la comodità di una classificazione scolastica, che la ragione di dimostrare, come veramente la mioclonia è uno dei prodotti della degenerazione, o meglio un' alterazione funzionale neuro-muscolare importantissima, la quale deve essere annoverata fra i segni caratteristici della degenerazione.

Anzi, siccome oggidi, tende sempre più a crescere il numero dei casi, specialmente familiari, di mioclonie associate alla epilessia, nella quale, più che nelle altre nevrosi, è evidente l'impronta della degenerazione, risulta maggiormente confermato il concetto delle mioclonie, quale segno di tale degenerazione. Il Russel Reynold ha eseguito delle ricerche statistiche sugli stati motori negli epilettici, che si osservano negli intervalli degli accessi.

Egli vi distingue il tremore, gli spasmi muscolari tonici e clonici, i quali possono verificarsi anche in uno stesso individuo e nota che, quasi i 3[4 del numero totale di epilettici presenta, negli intervalli degli accessi, qualche forma di disturbo motorio. Secondo lui, fra i disturbi motori accennati, lo spasmo clonico è il più frequente, variabile dalle contrazioni leggiere, che non vengono avvertite dallo infermo, alle contrazioni ampie di tutto il corpo. Riporta in proposito un esempio dimostrativo di spasmi muscolari caratteristici, associati alla apilessia, il quale offre molta somiglianza con due altri esempi, riportati ultimamente da Bresler sotto il titolo di epilessia spinale (nel n.º 22 del neurologisches Centralblatt, di quest' anno) e con quelli pubblicati precedentemente da Unverricht sotto il titolo di mioclonio familiare. Identici ai precedenti sono pure i 3 casi pubblicati da Seppilli (Rivista sperimentale difreniatria e medicina legale, 80 settembre 1895) di mioclonia familiare associata alla epilessia, e quello di Mirto fra gli altri da me studiati ed ora accennati.

(Riforma Medica, n: 265, anno 1896) di mioclonia fibrillare e respiro micclonico in un degenerbto.

Fra gli individui che hanno formato oggetto del mio studio, e nei quali è stata osservata la mioclonia, soltanto, 4 possono essere, senza dubbio, riconosciuti per epilettici, cioè il 1º con accessi incoscienti ed automatici di atti e movimenti coordinati, di scosse convulsive della testa e degli arti superiori, con modificazione del carattere morale e delirio anche incosciente; il 🏖 . con allucinazioni visive, vertigine e caduta, precedute da aura sensitiva e seguite da altre allucinazioni visive con perdita, più o meno completa di coscienza; il 3º, con allucinazioni visive e delirio anche incoscienti; il 4º, con caduta istantanea della persona, provocata da stimolo periferico, ma sensa perdita di coscienza. Il 1º, appartiene ai casi non familiari di mioclonia, gli alti 3 sono di tipo familiare (1). La fisiopatologia dell'accesso epilettico in tutte le sue varie modalità, interpretata a seconda della dottrina, moderna giustifica completamente la esistenza della epilessia nei medesimi.

Piacemi in proposito riprodurre alcuni brani di un lavoro di Marinesco e Lèvieux. pubblicati nella Gazette hebdomadaire de Mèdecine e Chirurgie n.º 47, anno 1895, e riportato nella *Riforma Medica*, n.º 276, anno 18**95. «Le** manifestazioni dell'accesso epilettico non sono unicamente fenomeni convulsivi; lo stimolo epilettico può colpire anche territori sensoriali (sfera visiva ed uditiva dei lobi occipitale e temporale). Le ricerche istologiche concordano con i risultati della fisiopatologia. Ramon y Cajal,

⁽¹⁾ È interessante riportare, a questo punto, la seguente nota. Ai 4 soggetti accennati, nei quali si è riconosciuta la micelonia associata alla epilessia, merita di esserne aggiunto un 5º.

Questo è rappresentato dal 2º individuo del 5º gruppo familiare, nel quale, alcuni giorni dopo la spedizione del manoscritto del presente lavoro alla « Riforma Medica ., si sono verificati, nello spasio di 24 ore, ben tre accessi convulsivi, ad uno dei quali era presente l'egregio collega dottor Zaval di, chiamato in soccorso dalla tamiglia dell'infermo.

Essi sono giudicati, per i loro caratteri, per accessi convulsivi epilettici genuini, e quindi il caso, il quale era stato precedentemente da me classificato per mioclonia appartenente a tipo neurotico indeterminato, col sopraggiungere di questo nuovo fatto, viene a specializzarsi, e ad essere ben riconosciuto per caso di micolonia associata alla epilessia, e sotto questo riguardo, è il più importante ed il più dimostrativo

sulla struttura della corteccia cerebrale nei lobi anteriori, ha dimostrato che esistono per lo meno 3 specie di elementi nervosi o neuroni con funzioni distinte. La maggior parte dei neuroni a cilindrasse ascendente sono elementi percettivi; i neuroni dello strato molecolare parallelo alla superficie cerebrale sono destinati ad associare insieme le diverse sensazioni; infine, i neuroni a cilindrasse discendente e lungo, rappresentati dalle cellule piramidali, trasportano alla periferia le reazioni provocate dalle sensazioni. Questi cilindrassi costituiscono la via piramidale o cortico-muscolare o cortico-midollare. Quindi, nevroni di percezione, neuroni di associazione e neuroni di scarica o di esportazione. Ciò premesso, è facile comprendere la fisio-patologia dell'accesso epilettico. L'aura può gettare una certa luce su questo argomento: essa è incontestabilmente un fenomeno corticale; in certi casi però non si può fare a meno di ammettere per l'aura un punto di partenza periferico (epilessia riflessa); quindi, due categorie di epilessia, riflessa e centrale. Lo studio dell' aura, rappresenta un capitolo della storia delle allucinazioni. Qualunque sia la sua natura, il meccanismo è il seguente: l'eccitazione dei neuroni che presiedono alla percezione e conservazione delle immagini tattili, muscolari, visive, ecc., determinano fenomeni di ordine allucinatorio, in rapporto alla natura - qualità della eccitazione. Se si tratta di eccitazione nata nel cervello, e che colpisce i neuroni di scarica o di esportazione, avremo reasione di natura motrice localizzata in questo o quel gruppo muscolare, a seconda dei neuroni di cui si tratta. Quando la eccitazione si diffonde dai neuroni percettivi ai neuroni di scarica, si ha l'aura sensitivo-motrice. Lo stesso processo irritativo, quando colpisce i centri sensoriali, vi suscita allucinazioni per l'evecazione di residui di immagini deposte nei neuroni di percezione e di conservazione, Hitsig, Ferrier, Munk, dimostrarono, che l'ecc tazione elettrica dei centri motori produce la convulsione epilettica; applicata ai centri sensoriali, produce allucinazioni visive ed uditive. Secondo Luciani e Tamburrini, le allucinazioni stanno ai centri sensoriali così come le convulsioni stanno ai centri motori: essi costituiscono, in certo modo, l'epilessia dei centri sensoriali. La corteccia, nella epilessia cerebrale corticale, si comporta come la zona epilettica nella epilessia periferica o midollare.

Essa dà il segnale, delle convulsioni, provocando l'iperattività degli elementi nervosi del bulbo e del midollo, per messo dei neuroni di scarica o di esportazione.

« La perdita di coscienza è il fenomeno essensiale della epilessia, ma non costituisce un segno caratteristico sufficiente per la diagnosi; le funzioni cerebrali possono essere non completamente annullate, e l'individuo puo trovarsi in uno stato di sub coscienza, che gli permette di eseguire certi atti più o meno volontari: nell'automatismo ambulatorio, per es., la coscienza è abbastanza conservata. Perciò, la dimenticanza degli atti compiuti nello stato epilettico, non sempre è completa. La perdita di coscienza epilettica, per Marinesco e Lévieux, consiste in fenomeno di arresto esercitato a preferenza sui neuroni di associazione: la stimolazione dei neuroni recettivi dà luogo alle allucinazioni, quella dei neuroni recettivi ed associativi insieme, può dar luogo all'automatismo, e la stimolazione dei neuroni di scarica, provoca l'accesso convulsivo. Si aggiunga, che gli stessi neuroni associativi e ricettivi possono reagire con fenomeni iperfunsionali e dinamogenetici (aure allucinatorie, fenomeni deliranti pre- e post-epilettici) . .

Adunque, con la dottrina sulla esistenza di unità anatomiche e funzionali della corteccia cerebrale, che sono i neuroni di ordine superiore (di 2º e 8º ordine), e sulla loro eccitazione o inibisione in zone estese o circoscritte, si spiega benissimo il meccanismo dei vari disturbi motori, sensoriali e psichici, osservati nei precedenti infermi con mioclonia, classificati come epilettici. Nell'altimo di questi, nel quale si è osservata la caduta istantanea, dovuta a spasmo e rilasciamento istantanei di tutte le membra. in seguito a stimolo periferico, l'epiless a sarebbe di ordine riflesso puramente motorio, e consistente in uno spasmo unico, ma intenso, cioè dovuta ad eccitazione seguita da rapido arresto delle sone cortico-motrici del cervello, o dei neuroni di scarica senza compartepacizione di altri neuroni di ordine più elevato.

Ora, quale è il valore che dobbiamo dare alla associazione della mioclonia all'epilessia? Deve essa venire interpretata quale manifestazione generica della degenerazione, ovvero quale fenomeno speciale di natura epilettica? Nei casi di Unverricht e Seppilli le contrazioni miocloniche divenivano più intense prima e dopo gli accessi convulsivi epilettici; nei casi di Bresler, la stessa influenza esercitata sugli accessi dalla cura oppiacea e bromica, veniva esercitata sulle contraziani miocloniche; è razionale, quindi

ammettere un rapporto più o meno intimo tra lo stato mioclonico e l'accesso epilettico, ed indagare, se mai il primo fosse un'alterazione di natura epilettica.

A questa opinione propendono Unverrihet Seppilli, Bresler. Rilevo, in proposito, le idee che quest'ultimo autore esprime nel lavoro innanzi citato, dal titolo, «Epilessia spinale». Con questa denominazione, egli vuole intendere, che il disturbo epilettico (ben inteso della epilessia genuina) può stabilirsi fin dal principio od a prevalenza, anche nel midollo spinale, e poscia diffondersi eventualmente al cervello, e così, con l'insorgore delle convulsioni accompagnate a perdita di coscienza, assumere carattere di nevrosi epilettica genuina.

Si sa infatti, come è stato rilevato dal Nothnagel, e stabilito dalle ricerche di Freusberg e Schroff, che la sostanza del midollo spinale reagisce (con le convulsioni) ai disturbi circolatori in maniera analoga ai centri convulsivi del midollo allungato e del ponte, e che nell'epilessia cerebrale la corteccia si comporta come la zona epilettica nell'epilessia periferica o spinale.

Dacche il Friedreich ebbe espresso l'opinione, che la sede del paramiociono multiplo fosse riposta nelle corna anteriori del midollo spinale, essa è stata da vari antori, specie dall'Unverricht, richiamata in onore, e riconfermata anche sperimentalmente. Dopo le ricerche sperimentali di Brown-Séquard sulla epilessia, controllate da Schiff, Westphal, Nothnagel e Ziehen, sono degne di nota quelle di Turtschaninow, il quale, mercè iniezioni di acido fenico, ha prodotto nei cani delle contrazioni muscolari, le quali ritraggono il quadro del paramioclono, persistono anche dopo l'asportazione del cervello, dopo la recisione dei peduncoli cerebrali e della parte elevata del midollo spinale, e cessano dopo la recisione dei nervi crurale e sciatico di un arto, nelle regioni corrispondenti di loro innervazione. Quindi, la mioclonia associata alla epilessia deve ritenersi, a ragione, non solo come fenomeno generico di degenerazione, ma anche come fenomeno speciale della epilessia. Ed interpetrando questo fenomeno pure con la dottrina dei neuroni, esso sarebbe un'alterazione dinamica dei neuroni motori di 1º ordine. a cui si può aggiungere quella dei neuroni di ordine superiore. Non possiamo, per ora, asserire se anche i casi di mioclonia, non associata alla epilessia, siane di natura epilettica. Occorrono numerose altre osservazioni in proposito. Soltanto

possiamo concludere col Lugaro (Biforma medica, n. 271, 1896) da un punto di vista melto generale, nel quale possono venire compresi anche i vari stati epilettici propriamente detti, « che la mioclonia, considerata come espressione esterna dei neuroni motori è un sintoma elementare, la cui origine centrale ora risiede nei neuroni di 1º ordine (cellule delle corna anteriori), come nel tremito fibrillare, dei neurastenici, nella corea fibrillare, nel paramioclono; ora nei neuroni motori di 2º ordine, raggruppanti nel loro dominio estesi gruppi di elementi motori diretti, come nella corea elettrica, nei tics volgari; ora in elementi più elevati, psico-motori, come nella malattia dei tics. Infine lo stato neuroclonico non deve considerarsi come possibile esclusivamente nei neuroni motori, ma che anche elementi sensitivi, associativi, elevati, possono brascamente scaricare la loro energia interna, e che quindi il fenomeno mioclonico va ad inquadrarsi in un ordine più elevato di fenomeni neuroclonici, ove trovasi accanto agli atti impulsivi, alle idee fisse, alle allucinazioni. La identità tra uno spasmo ed una idea fissa ammessa da Buccola, e riconosciuta da tutti in senso metaforico, deve quindi ora essere accettata come identità essenziale ».

Fermo, 22 decembre 1896.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società patologica di Londra. - Sulla morfologia del bacillo del tetano. - Papilloma villoso del rene, dell' uretere e della vescica. - Trapanazione del femore.

SOCIETÀ PATOLOGICA DI LONDRA

Tornata del 5 gennaio 1897.

Presidente Burlin

Sulla morfelegia del bacillo del tetane. Kanthaok e Connel comunicano le seguenti osservazioni sul bacillo del tetano.

Le preparazioni del bacillo, coltivato in gelatina, mostrano dei caratteri morfologici diversi; in esse alcune volte predominano le forme filamentose; altre volte le forme arrotondate, simili a quelle del bacillo della difterite; queste forme appaiono anche nelle culture in agar.

Nelle culture vecchie si riscontrano delle forme a spirale o contorte, simili a quelle che alcune volte si osservano nel bacillo dell'antrace.

La sporificazione, avviene più comunemente dalla forma di bacchetta di tamburo; può alcune volte però sv.lupparsi la spora terminale all'estremità di un filamento qualunque, anche di uno contorto. In questo caso, si ha probabilmente un processo involutivo. Se si inocula nella cavità peritoneale, una cultura in agar di questo bacillo, ha luogo la morte dell'animale, ma non per tetano; nel liquido peritoneale possono riscontrarsi in tal caso un gran numero di forme filamentose. Le culture in brodo di queste, al contrario, producono la morte con i sintomi tetanici.

Gli oratori inoltre richiamano l'attenzione su un fatto da essi osservato, sulla presenza, cioè, in ogni individuo, di un grau numero di flagelli lattrali e terminali (20-80).

Essi sono di due specie: sottili e spessi; questi ultimi (2-8 volte più spessi degli altri) possono essere dovuti all'attorcigliamento di quelli sottili; però tale fatto non potè essere dimostrato.

Dopo alcune settimane, i flagelli più sottili si rompono e persistono soltanto gli altri, i quali scompaiono intieramente prima della sporulasione.

Alcune volte la colorazione di Ermengen mostra una serie di canali nella capsula della spora, corrispondenti in numero ai flagelli.

Da questo fatto, gli oratori conchiudono che i flagelli sono prolungamenti del protoplasma, il quale emerge a traverso la capsula.

Il presidente non comprende quale sia stata la causa della morte delle cavie, dal momento che non presentavano sintomi tetanici.

Kanthack, in risposta, osserva, che se non viene introdotta in un animale della cultura liquida di bacillo di tetano, non si sviluppa il quadro sintomatologico di questa malattia; la morte ha luogo per il veleno intra cellulare contenuto nel bacillo. Ora la tossina non si spande nel mezzo di cultura, se esso non è liquido; non si produce quindi alla superficie dell' agar.

Che poi le forme filamentose, esservate nel liquido peritoneale, fossero dei bacilli di tetano, lo prova il fatto che le culture di esse, fatte in brodo, produssero, iniettate negli animali, la morte con tutti i sintomi del tetano.

Papillema villese del rene, dell'uretere e della vessica. Deuglas Drew riferisce un caso importante. Un nomo, a 56 anni, per tre anni e messo soffriva di colica renale al lato sinistro e di abbondante ematuria.

La nefrolitotomia non mostrò alcun calcolo; lasciata aperta la ferita, per due mesi e mezzo, venne fuori del pus e dei flocchi di epitelio.

Dopo la morte dell'infermo, si osservò che il rene sinistro era idrenefrotico per l'ostruzioni villose le quali si estendevano nella pelvi renale, [nell'uretere e nella vescica, vicino all'orificio dell'uretere.

La base di ognuna delle neoformazioni pelviche, mostrava una distinta infiltrazione nel tessuto renale, la qualcosa era una prova della na ura maligna di quelle, essendo che i tumori dell'uretere e della vescica sono del tutto superficiali.

A corroborare questo fatto esistevano ingrossamenti delle ghiandole linfatiche e neoformazioni nel fegato.

L' oratore ha raccolto, con questo, otto esem-

pi di papillomi della pelvi renale; alcuni di essi sono stati associati a calcoli.

Clemente Lucas ha osservato parecchie volte neoformazioni villose della pelvi renale, complicate con la presenza di calcolo.

Egli ammette la possibilità che le lecioni siano dovute a tubercolosi, seguita da ulcerazioni e da formazione di villi.

Trapanazione del femere. Lunn mostra la estremità inferiore di un femore, dalla cui parete fu tolto un disco di osso, che poi vanne rimesso a posto, essendosi accorto l'oporatore che non esisteva alcuna alterazione ossea.

Dopo la morte del pasiente, potè osservarsi che la porzione di osso era aderita perfettamente. *Greco*

LE CLINICHE FRANCESI

Olinica delle malattie delle vie urinarie di Parigi (Prof. Guyon)

Il cateterismo come modificatore della mucosa uretrale.

Se vi é capitato di introdurre, a scopo sperimentale, una candeletta o un catetere nella vostra uretra, avete di certo osservato che si sviluppa, al primo contatto, una sensazione di bruciore che si attenua subito, e si trasforma in un semplice senso di calore. Esso persiste spesso per molte ore: la prima minzione brucia un poco; quelle che sieguono molto meno.

L'occasione di osservare questi fatti in uretre sane, ci è stata fornita dalla litotrisia, quando si praticava senza cloroformio e in sedute ripetute. Seguendo i saggi e utili precetti preconizzati dal Civiale, l'uretra dei nostri operati è adesso gradualmente abituata al contatto degli strumenti. La prima introduzione riproduce i fenomeni, sopra accennati, poi, si vede meccanicamente decrescere questa reazione passeggiera, e si giunge a fare acquistare una vera assuefazione.

Ma, se il cateterismo non è eseguito delicatamente, se si prolunga il soggiorno degli strumenti, se si pratica troppo di frequente, se si aumenta troppo rapidamente il calibro delle sonde,
l'uretra si risente più lungamente negli intervalli
tra le sedute. Per puco che si trascurino questi
avvertimenti, non riesce più il passaggio di voluminosi strumeuti, si produce facilmente l'uretrite, bisogna arrestarsi.

Invece, quando le regole precedenti della preparazione metodica dell'uretro non sono state trascurate, queste manovre non determinano l' infiammazione suppurativa del condotto, e ciò anche nei tempi in cui si conosceva l'asepsi e l'antisepsi, i fenomeni settici, che si producono sulla mucosa uretrale in ogni introduzione di strumento, non avevano effetti patologici, sino a che una azione meccanica esagerata rendeva la mucosa recettiva all'infezione.

4 Adempiendo questi sani precetti di pratica, la

recettività dell'apparecchio urinario, lungi dal rendersi manifesta e di aumentare, diventa evidentemente minore, perchè i soggetti nei quali si pratica il cateterismo, con una dilatazione graduale e con una delicatezza di manovre, sfuggono facilmente agli accidenti febbrili ed infettivi, non producendosi lesione di continuo lungo il canale.

Accanto a questi fatti, che dimostrano l'assenza della recettività uretrale in certe condizioni, si trovano degli altri che mostrano l'attenuazione di questa recettività.

Difatti, in certi casi, la ripresa del cateterismo, pur persistendo l'inflammazione uretrale e lo scolo purulento, anzichè accrescere l'uretrite, la diminuisce di molto.

Gli infermi, che sono costretti a ricorrere molte volte nel corso del giorno al cateterismo evacuativo ci forniscono degli esempi quotidiani sul riguardo.

La conscensa di questo fatto, ci permette di farne uso utile nella terapia degli stati patologici del canale uretrale.

Gli studi degli effatti modificatori del cateterismo nell'uretra patologica, ci permettono di rilevare dei fatti dimostrativi; essi mettono in piena luce la potenza di questo agente terapeutico.

Le modificazioni osservate nei casi di restringimento, non si limitano semplicemente alla senbilità della mucosa o alla modalità delle sue secrezioni; il lavorio patologico, determinato dal contatto degli strumenti, s'estende a tutto lo spessore della parete del canale; nell'interno stesso del tessuto patologico, si avverano delle modificazioni interstiziali, che cambiano profondamente i caratteri di esso.

È difficile il non pensare che queste trasformazioni si operino sotto l'influenza delle modificazioni apportate alla nutrizione dei tessuti per una irrigazione più attiva, più regolare e metodicamente riprodotta.

Veramente noi non disponiamo d'altri fatti, tranne di quelli che ci fornisce l'osservazione clinica, ma essi sono stati raccolti con molto rigore e noi li abbiamo seguiti in tutti i loro dettagli; essi danno una somma di risultati molto interessante.

È quasi sempre sotto l'influenza di un agente puramente fisico, il contatto di uno strumento, che il tessuto patologico, producente il restringimento, si rammollisce gradatamente, si assottiglia in modo che l'uretra diviene non solamente permeabile alla colonna di urina, ma si lascia anche percorrere in tutta la sua estensione, da strumenti voluminosi.

Sulla constatazione ripetuta di questo fatto è stato basato l'impiego del metodo terapeutico, che voi conoscete sotto il nome di dilatazione.

さんしょう かんかん かんしゅう かんしゅう かんしゅうしゅう

Di tutti gli effetti modificatori che il cateterismo produce sull'uretra, quello, che permette di determinare il suo allargamento progressivo, è il più interessante.

È su questo argomento che io desidero richiamare la vostra attenzione, senza perdere di vista l'insieme degli effetti ottenuti sulla sensibilità e sulla secrezione. Ciò che costituisce il valore della dilatazione, ciò che l'ha sempre mantenuta, e che la manterra sempre in prima linea fra i metodi di cura dei restringimenti uretrali, è la sua azione prefondamente modificatrice.

È facile il comprendere a priori, che per ottenere, dal semplice contatto di uno atrumento, degli effetti modificatori, è necessario che i precessi, determinati dalla sua applicazione, non sorpassino i limiti fisiologici; al di là di questo i
tessuti non sono più nè modificati, nè trasformati,
ma traumatizzati e distrutti.

La dilatazione non è, ne sarà un metodo brusco o distruttivo; tutte le volte che le si è voluto fare assumere questa parte, la si è resa inefficace e dannosa.

I risultati che si ottengono dalla dilatazione, sono la conseguenza di una semplice azione di contatto; per determinare nel tessuto sottonosto delle profonde modificazioni, non vi è bisogno di usare questo contatto con forza, di chiamare in suo aiuto una pressione eccentrica, tendente a lacerare le pareti del condotto.

Il cateterismo di cui noi studiamo il modo di azione e che noi abbiamo qualificato come modifi:atore, non agisce meccanicamente, ma dinamicamente.

Coel, tanto nel fare penetrare la sonda, quanto nel ritirarla, il chirurgo la maneggerà nem: una dolce lentessa; non si deve fare uso assolutamente di forsa; la guarigione non si ottiene perchè il catetere distacca ed allarga le pareti uretrali, ma perchè sotto l'azione di contatto entrano in gioco dei processi organici, necessari alla trasformazione del tessuto patologico.

Nulla è più dimostrativo dei risultati dell'osservasione clinica. La pratica di Desault, di Chopart, di Dupuytren, ha da lungo tempo dimostrato che un restringimento può essere modificato in tutta la sua estensione, anche senza che si riesca a valicarlo; si può, difatti limitarsi a mettere in contatto l'estremo di una sonda all'imboccatura di un restringimento, perchè una stenosi, primitivamente insormentabile, si lasci in seguito attraversare facilmente. Dupuytren, che aveva frequentemente ricorso a questo artificio, nei casi difficili, chiamò questo processo di dilatazione col nome di vitale.

E' facilissimo provare, che nulla vi è di meccanico nell'azione esercitata della sonda in tutta l'estensione della stenosi.

Voi vedete ogni giorne, nelle nostre sale, degli infermi affetti da restringimenti cospiqui, duri, più o meno difficili a sorpassarsi, ai quali noi lasciamo per qualche giorne un catetere a permanenza, che noi ci guardiamo bene di introdurre con sforze; dopo tre o quattro giorni, quando noi ritiriamo questa sonda anche piecolissima, noi constatiamo che il canale è dilatato sotto questa sola influenza, nelle proporzioni che sono lungi dall'essere proporzionali al diametro dell'agente dilatatore.

Anche durante il tempo che la sandeletta è nell'uletra, si può affermare, che una dilatamione importante si è prodotta; durante le prime ore, e anche durante la prima giornats, l'infermo urina con maggiore faciltà.

. L'introdusione successiva di candelette più voluminose, diviene più facile; il canale ha guadagnato 1 a 2 millimetri di diametro; voi entrate ed uscite con faciltà; l'allargamento è reale, non vi è da fare che un piccolo sforzo per completarlo. Non bisogna ritenere questo risultato per una guarigione, perchè, se si è ottenuta rapidamente, non è in generale duratura.

Questo risultato è causato dal contatto prolungato, dal contatto solo , ed è sotto l'influenza di questo che noi otteniamo dei risultati coei mi-

racologi.

Gli effetti della dilatazione sono tanto più certi, quanto meno uso meccanico di strumenti si è

. Non è necessario indrodurre le sonde impiegando una grande fatica, non è necessario lasciarvele lungamente in per manensa, e moltiplicare nella stessa seduta il passaggio di esse.

Per fare la dilatasione progressiva, basta passare due candelette flessibili, graduate ad un terso di millimetro, due a quattro sende metalliche graduate al sesto, lasciarle in permanenza per qualche minuto, o ritirarle immediatamente, rinnovare le sedute ogni due giorni, cominciare sempre con l'introdusione del numero inferiore.

Le introduzioni faticose, il soggiorno troppo prolungato, le sedute troppo ravvicinate, per caso solo vi potranno dare dei risultati favorevoli, ma spesso produrranno degli ascidenti più o meno seri.

Quando volete ottenere la dilatazione dei cosidetti « casi gravi » è opportuno fare uso della dilatazione prolungata; utilizzerete il soggiorno delle candelette, soggiorno anche lungo e ripetuto, ma ad una condizione che non dovete adoperare sonde flessibili, di numero basso, in modo che entrino facilmente, senza il minimo s orso; perchè gli strumenti lasciati in permanenza riescano a dilatare, è necessario che siano sopportati, e non determino degli accidenti; voi non potrete realizzare queste condizioni, se non userete le candelette piccolissime. Si crede generalmente il contrario, e spesso si è trascinati a trasgredire a questi precetti, anche quando si conoscono; ciò costituisce un grande detrimento per gli ammalati; adoperate sempre la dilatazione dinamica e non quella meccanica; essa deve essere tanto più trascurata, per quanto più valida e dura è la stenosi. La clinica ha dimostrato ciò chiaramente; bisogna crederlo, e non fidarei in un ragionamento, che può condurre facilmente ad una pratica contraria ed a risultati sfavorevoli.

Noi non possiamo entrare nei grandi dettagli, ma, sotto il punto di vista di questo studio genersle, come sotto il punto di vista di tutte le applicazioni particolari, che voi sarete costretti di faze, è utile sflorare questo argomento.

Lo studio clinico del cateterismo modificatore ci ha condotto ad ammettere che non debbonsi ottenere risultati terapeutici durevoli ; il sem- a digiuno, ma durante il pasto della sera.

fisica, determina nel tessuto stenosante delle modificazioni, che lo studio della fisiologia patologica dell' inflammazione ci. ha giovato a farci comprendere; ciò che si conosce dell'influenza della irritazion aulla nutrizione e trasformazione degli elementi anatomici, ci spiega le modificazioni apportate nel tessuto patologico dell' uretra dal contatto ripetuto degli strumenti.

Mercè le nozioni esatte sulla modalità dell' azione eccitante del contatto degli strumenti sull'uretra, noi possiamo ancora razionalmente e scientificamente tentare di modificare la sensibilità fisiologica o patologica uretrale, la sua secresione normale o patologica, possiamo infine ottenere delle profonde e preziose modificazioni nella costituzione dei prodotti patologici (La presse mèdicale, n. 4, 1897).

Pollaci

PRATICA MEDICA

Sulle gastrepatie per abuse di farmachi. Liégeole fa una rassegna di alcuni medicinali più in aso nella pratica medica, e ne espone gli inconvenienti ed i possibili messi onde evitarli.

Il creosoto di faggio è sopportato per lungo tempo dai tubercolotici ipopeptici, mentre negli iperpeptici esso cagiona bruciore gastrico, vomiti, e non può essere prescritto per bosca che a dosi molto piccole.

In questi casi è meglio ricorrere alle iniesioni sottocutanee di clio creosotato o a clisteri di latte con creosoto.

Il ferro, adoperato nella clorosi, produce spessogastralgia con lingua saburrale e anoressia : un primo messo di evitare ciò è di dare piccole dosi di gr. 0,10 a 0,40 prima dei pasti, poi prima di ricorrere ad un preparato di ferro qualsiasi, bisogna precisare, per quanto si può, il tipo chimico dello stomaco dell'ammalato.

Così, se l'infermo è ipopeptico, i ferruginosi meglio tollerati sono: il carbonato di ferro, il pirofosfato di ferro e soda, il pirofosfato di ferro citro-ammoniacale, il tartrato ferrico-potassico o ammonico, il lattato di protossido o di sesquiossido; se poi l'infermo è un iperpeptico, bisogna diminuire la cloruria e la cloridria; gli albuminati e gli ossalati convengono in questo caso.

Il vino chinato, secondo l'autore, non nuoce che alle clorotiche iperpeptiche, ma nelle anacloridriche è utile, perchè stimola la secrezione cloridrics.

L'arsenico, non è utile che negli individui ipercloridrici, come stimolante della secrezione cloridrica, mentre negli ipercloridrici produce pirosi e vomiti acidi: in quest'ultimo vengono meglio tellerate le pillole di arseniato di soda (1 milligr. nei pasti).

L'olio di fegato di merlusso non deve mai esricercare gli affetti meccanici; noi abbiamo, più sere prescritto a tubercolotici ed a scrofolosi disd'ogni altro, bisogno degli effetti dinamici , per petici, ma è meglio adoperare l'olio biundo, non

plice contatto degli strumenti, l'asione purament e La glicerina nentra eccita l'appetito se non si

va al di la di 20 a 80 gr. pro die, e anche a quealla comparsa dei primi sintomi di bruciore ga- dose di 10 ctgr. ogni mezz'ora è ben tollerato.

I fosfati non devono essere permessi senza una regola determinata : negli ipercloridrici bisogna adoperare il fosfato tribasico di calce: nei casi di ipocloridria bisogna scegliere il cloridrofosfato o il bifosfato acido cristallizzato (gr. 0,5 ad 1 gr. prima del pasto), il fosfato di potassa, il fosfato di soda, e anche il glicero-fosfato di calce o di soda.

- Gli amari devono essere del tutto allontanati negli iperpeptici, perchè solo a fortissima dose produrrebbero diminuzione della cloridris, ma allora producono anche dolori vivi gastrici : invece essi convengono meglio negli iperpeptici: somministrati una mezz'ora prima del pasto, favoriscono la secrezione del succo gastrico.

Dopo otto giorni dal principio della somministrazione essi devono essere sospesi perché potrebbero aggravare la dispepsia ipopeptica; durante questo intervallo, l'autore consiglia l'acido cloridrico dopo il pasto per poi ritornare agli

La pepsina che favorisce la secrezione dell'HCl non deve essere continuata indefinitamente, perchè determina iperestesia e dolori della mucosa stomacale.

Le acque alcaline bicarbonato sodiche (di Vichy, e di Vals), e le solfato sodiche (di Carisbad) non giovano che negli iperpeptici, mentre le acque alcaline a mineralizzazione più debole (Poungues, Royat, Chatel-Guyon), le cloruro-sodiche (Salins-de-Jura, Bolaruc, Bourbon-Lancy, Saint-Nectaire) sono più utili agli ipopeptici.

Riguardo poi agli antisettici intestinali, negli ipopeptici bisogna adoperare il naftolo (gr. 0,20 a 0,40) o il selicilato di bismuto (gr. 0,50 a gr. 1) che stimolano la secrezione cloridrica: negli iperpeptici è meglio adoperare il betolo o il bensonaítolo. (gr. 1 a gr. 1,50 prima del pasto) che rallentano la secrezione cloridrica.

Il latte è meglio tollerato dagli iperpeptici se la sua ingestione è preceduta da un bicchiere di acqua di Vichy, o da 1 gr. di bicarbonato di soda, e da un cucchiaio di acqua di calce, mentre negli iperpeptici è meglio aggiungervi dell'acquavite o del kirsch.

Riguardo ai purganti è meglio, quando ciò è sufficiente, di sostituirli con abbondanti clisteri; la podofillina, l'e onimina, la cascara, sono indifferenti tanto per gli ipopeptici che per gli iperpeptici: a questi ultimi poi convengono meglio i salini, e agli ipopeptici l'alce.

La chinina viene meglio tollerata quando vien data in diversi periodi, con una mezz'ora d'i nmodera l'azione astringente della chinina sull'i mucosa, e dopo facendo seguire un biochiere di limonats.

L'antipirina non è tollerata da molti: in tali casi è bene associarla con bicarbonato di soda, o con gr. 0,01 di cloridrato di cocaina, o con un quarto del suo peso di un sale di chinina.

L'acido salicilico, alla dose di 2 gr., in una sta dose, si dovrà sospendere dopo 14 giorni sola volta provoca nausea e vomito, mentre alla

> La nausea ed il vomito prodotti dal salicilato di soda a forti dosi (5 a 10 gr.), nel reumatismo articolare acuto, possono essere resi insignificanti se si scioglie nell'acqua alcoolizzata, o del-|l'acqua di Vichy; o nel caffé.

> La sostituzione della tintura di veratro verla alla varatrina, alla dose di 5 : 15 gocce cgni giorno, evita la nausea ed il vomito prodotto dalla veratrina.

> L'oppio affatica lo stomaco, e negli iperpeptici è utile associario alla magnesia calcinata, all'acqua di Vichy, al sottonitrato di bismuto. Così pure la morfina produce delle nauses, che possono essere evitate con l'uso contemporaneo di un bicchiere di acqua di menta o di melissa.

> L'infuso di digitale è meglio tollerato della polvere delle fogile di digitale, perchè la filtrazione dell'infuso sbarazza quelle particelle di polvere irritanti che producono gli effetti anzidetti.

> L'alcoolato e la tintura di digitalina sono ben

La ceffeina produce una vera gastralgia, e per ciò in generale si adopera per via ipodermica.

Gli ipopeptici tollerano bene, e per lungo tempo i joduri alcalini, esenti di jodo libero o di jodati, ma gli ipercloridrici li sopportano male. e quando è necessità di somministrarli è meglio darli diluiti nel latte.

La tintura di jodo, alla dose di 5 a 10 gocce non è ben tollerata che dagli ipopept ci, mentre dagli iperpeptici viene rigettats.

I bromuri, chimicamente puri, vengono tollerati bene dagli ipopeptici, mesz'ora prima del pasto, sino a 8 gr. pro dosi, diluiti in una tazza d'infuso aromatico.

Gli ipercloridrici li tollerano meglio, qualora si dia prima della loro ingestione, 1 gr., ovvero gr. 1,50 di betolo o benzonaftolo, che prevengono anche l'acne bromico.

La belladonna, il borato di soda, sono meno dannosi agli epilettici iperpeptici perchè diminuiscono l'ipercloridria, per ciò è bene di alternarli con i bromuri.

Il bicloruro di mercurio produce disturbi meno gravi se viene dato sotto forma di pillole o di liquore di van Swieten, prima del pasto in un infuso di the alcoolizzato, ovvero nel latte.

Alcuni balsamici, come la terebentina, il co paive, il cubebe, devono esserdati negli iperpeptici non avvolti in gelatina, ma nel glutine che vie ne digerito nell'intestino.

On le precauzioni indicate, saranno evitate molte gastropatie, e molte altre non saranno aggravate: l'autore per ciò le raccomanda ai metervallo, sola o associata con l'antipirina, la quale $|\bar{d}_{i0i}|$ pratici (Journal des praticiens, n. 8, 1897).

> Aufrecht. — Un sintoma della etenosi tracheale. L'autore avea già descritto, nell' Enciclopedia di Eulenburg, uno speciale rumore inspiratorio, che si ha specialmente nel salire le scale od in seguito a strapazzi corporei, quale sintoma caratte

ristico della stenosi tracheale. L'autore non crede sicuro il sintoma descritto da Gerhard t quale caratteristico della stenosi della trachea, ed anche Biermer è della sua opinione.

Recentemente egli notò in 3 casi un sintoma, non ancora descritto, di stenosi della traches. In 2 di questi casi si trattava di carcinoma del mediastino, nel 8º caso di una gomma sifilitica con sede nella porsione inferiore della traches.

In questi casi constatò l'autore in seguito all'applicazione dello stetoscopio, sulla trachea in sopra Cella fossa giugulare, che il respiro bronchiale, forte e rude, udibile durante la inspirazione e la espirazione, era sostituito da una

respirazione dolce e di breve durata.

La spiega di questo mutamento del rumore è facile a darsi. Quando nelle condizioni normali l'aria nel passaggio dalla glottide ristretta nella trachea larga, produce respirazione bronchiale, ciò avviene soltanto in conseguenza della formazione di vortici al di là del punto stenosato, cioè oltre la glottide. Se la trachea è ristretta in un punto, in guisa che il suo lume sia più o meno uguale a quello della glottide, allora devono le correnti d'aria divenire più deboli nel passaggio dalla glottide nella trachea e modificare la respirazione bronchiale normale (Centralblattf. linnere Medicin, n. 1, 1897).

Scagliosi

NOTE DI PEDIATRIA

La cestipazione dei hambini. Carron de La Car. riére. — Il bambino è più particolarmente predisposto alla costipazione per due ragioni: l'eredità e la conformazione speciale dell'intestino.

Difatti, è risaputo che il grosso intestino presenta delle inflessioni e delle pieghe multiple più accentuate che nello adulto, e l'esagerazione di questa disposizione, a livello lella Siliaca, costituisce una vera malformazione, la quale spiega da sè sola la costipazione abituale dei lattanti.

Alle volte bre, irregola non b-n man La prima lim ntazione. Quando il

Inoltre vanno notate delle cause accidentali le quali derivano da una alimentazione troppo abbondante o difettosa. Anche l'uso del latte sterilizzato favorisce la costipazione, anche quando esso è ben sopportato dal bambino. L'alimentazione prematura o mal regolata, provoca dei disturbi dispeptici alternantisi con la diarrea e così la costipazione trova subito il terreno preparato, specialmente quando il soggetto è già predisposto per la sua eredità.

Fra gli accidenti locali dipendenti dalla costipazione, quello più penoso è la ragade anale. Questa, oltrechè suscitare dei vivi dolori, diventa una nuova causa della costipazione per la spasmo che determina: è alla sua presenza che bisogna attribuire le strie sanguinolenti che si osservano nelle ferce.

L'irritazione dell'intestino provocata dal rista- orzo contiene una grande quantità di fosfato e gno delle materio fecali, determina dei disturbi la sua azione sull'accrescimento delle ossa è-in-

dispepsici vari, per quanto ordinariamente leggieri.

Questi, comunemente sono caratterizzati dalla

Questi, comunemente sono caratterizzati dalla mancanza di appetito, da vomito dopo la presa del latte, dallo stato saburrale della lingua, da eruttazioni abbondanti, coliche, fiatulenza.

Quando la costipazione abituale non è curata sull'inizio, l'irritazione dell'intestino aumenta, diviene permanente, e la manifestazione di una enterite muco-membranosa è la conseguenza più immediata.

E' stato anche registrato come accidente locale determinato dalla costipazione, l'ernia ombelicale.

Ma bisogna notare, che questa è frequente nei neonati, e senza alcuna importanza, scomparendo coll'accrescimento generale del corpo, e che tutte le volte che si constata non bisogna a prima vista conchiudere che la costipazione sia stata la causa di questo accidente.

Auche fra gli accidenti locali bisogna ricordare il prolasso del retto, il quale spesso si stabilisce permanentemente e diviene di difficile gua-

rigione.

Gli accidenti generali sono la conseguenza del ristagno delle fecce e di una vera auto-intossicasione la quale si manifesta sopratutto sulla pelle e sul sistema nervoso. L'orticaria, l'ecsema seborroico, il prurigo, ecc., resisteranno a qualunque cura se prima non si sarà modificata l'alimentazione e regolarizzata la funzione intestinale.

Ma è dal punto di vista del sistema nervoso, che le manifestazioni legate alla costipazione assumono un carattere di grande variabilità ed intensità.

L'agitazione, l'insonnia, le crisi convulsive, la cefalea, sono fenomeni dipendenti dallo stato funzionale del tubo gastro-enterico.

Alle volte sopravvengono degli accessi di febbre, irregolari, che si manifestano la notte e possono simulare una affesione generale aucora non b-n manifesta.

La prima indicazione della cura riguarda l'alim ntazione.

Quando il bambino è nutrito al sono, la costipazione può dipendere da un eccesso di caseina, ovvero da un insufficienza del lattosio del latte della nutrice.

In questi casi bisogna modificare il regime di chi allatta, in modo da rendere il suo latte mene grasso e meno ricco in caseina, diminuendo gli alimenti asotati ed aumentando invece le verdure.

Contemporaneamente si regolera la quantità di latte che il bambino deve pigliare nelle 24 ore, e per rimediare all' insufficienza del lattosio, si somministrera per ciascuna presa di latte, un cucchiaio da caffè di acqua zuccherata.

Se invece il bambino fa uso di latte sterilizzato, allora bisogna aggiungere al latte un pò di zucchero e del decotto d'orzo nella quantità di 20 grammi per un litro di latte. La tisana di orzo contiene una grande quantità di fosfato e la sua azione sull'accrescimento delle ossa è-incontestabile per come l'hanno dimostrato gli espe-

rimenti fatti sui giovani animali.

Quando il bambino è stato di già sveszato, il regime alimentare deve maggiormente richiamare l'attensione delle madri. Il brodo costituisce un alimento eccellente, di una preziosa risorsa in certi piccoli dispeptici, i quali lo digeriscono meglio del latte, e ad esso si può aggiungere a preferenza della tapioca o delle sottili fette di pane.

Alla buona alimentazione bisogna unire una terapia, la quale, mentre agisce in una maniera costante ed è sufficientemente attiva per procurare viascuna volta l'effetto voluto, sia ad un tempo inoffensiva per potere essere adoperata ogni giorno senza inconvenienti. Questa cura può esser riassunta nell'uso combinato e metodico del massaggio, dei purganti, dei suppositori e clisteri ogni mattina, e per la durata di 10 minuti, si praticherà il massaggio del ventre fatto con la palma della mano inumidita con vaselina, circolarmente tutt'intorno all'ombelico.

Questa semplice manovra è sufficiente per i neonati del primo anno, ma a partire da questa età e quando la costipazione è molto ostinata, si può tentare di praticare un massaggio più

attivo. Come purganti, l'olio di ricini e la magnesia, per il loro facile dosamento, la loro azione fedele ed innocua, sono da preferirsi a tutti gli altri.

L'olio di ricini somministrato nei primi mesi, alia dose di un cucchiaio da caffè, è specialmente indicato quando il bambino ha una costipazione che dura da lungo tempo e bisogna praticare il vuotamento dell' intestino per ristabilire la sua permeabilità. Si ripete la stessa dose per due o tre giorni consecutivi, fino a che si sono ottenute delle evacuazioni di consistenza molle, pastosa ed uniforme. Quando si è ottenuto ciò, la magnesia è un mezzo eccellente per mantenere la regolarità e la buona consistenza delle fecce. La magnesia, specialmente quella inglese, alla dose di un quarto di cucchisio da caffé, è di un effetto costante è può essere ripetuta ogni giorno senza che si determinino coliche od inflammazione della mucosa.

Per ottenere l'evacuazione immediata delle materie fecali le quali soggiornano nell'ultima porzione dell'intestino, possiamo adoperare i cliste-

ri, ovvero i suppositori.

Questi ultimi, sia che siano costituiti di burro di cacao, solo od associato alla glicerina, ovvero siano di glicerina pura, danno un effetto uguale; e la loro asione è sempre dipendente dalla contrazione che suscitano nell'ultima porsione dello intestino.

I clisteri possono esser fatti, sia con una pera di caoutchouk, o meglio con una siringa in cui il corpo di pompa sia di vetro, nella quantità di 50 grammi per i primi sei mesi, 100 grammi fino ad un anno, e 150 grammi a partire da

Come liquido é sufficiente l'acqua bollita e

raffreddata, ma allo scopo di rendere il clistere più attivo, si può unire all'acqua da 2 a 4 cucchiai da tavola di olio di mandorle dolci (Jeurnal des Praticiens, n. 2, 1897).

Bentivegna

FORMULARIO

Maurange Gli sili per inlezione ipodermica

Gli olii vegetali sono stati introdotti ipodermicamente du Roussel-

Sono dei presiosi dissolventi, che permettono l'uso insieme ad essi del fenoli, dell'essenze, e di una serie di sostanze insolubili in altri veicoli.

Gli olii, per uso ipodermico, debbono essere limpidi, e di buona qualità, sterilissati a 120º in palloni chiusi alla lampada.

L'iniezione sotto la cute, con olio così preparato, riu-scira poco dolorosa, e l'assorbimento è facile. I principali oili vegetali in uso sono: l'olio di uliva verde, l'olio di mandorla dolce, l'olio d'arachide e l'olio

di faggiuolo.

L'olio d'uliva verde è comunemente usato, sia per il la facilità di averlo sempre allo stato puro, sia per il costo.

Esso può iniettarsi a dose elevata, 100, 200 e anche 250 grammi (Burlureaux).

Secondo Daremberg, spesso a questa dose eccessiva, l'assorbimento è incompleto.

Generalmente, la dose che si adopera, è di 10 a 50 rammi, al massimo 60 grammi.

grammi, al massimo 60 grammi. Le iniesioni d'olio di uliva sono nutritive, e la nu-

Le inicioni d'olio di uliva sono nutritive, è la nutrisione si soleva dopo i 10, 20 centimetri oubici.

A tale scopo, K ru eg l'ha adoperato con successo negli alienati, è nei ragassi con disturbi di nutrisione; e specialmente in quest'ultimi, è ottimo metodo di cura, superiore alle inicisioni di siero artificiale.

Recentemente D o u og a ny e H a s e n f e l d, ricorsero a questo metodo di cura, per supplire l'alimenta-

sero a questo metodo di cura, per supplire l'alimentazione insufficiente di alcuni ammalati assai deboli, ed esso fu coronato da esito felice, aumentando il peso dei cancerosi, dei tubercolotici e delle isteriche.

La dose iniettata variò tra i 10 e i 50 grammi nelle 24 ore.

L'olio di mandorle dolci oltre al presso elevato, ha lo svantaggio di solidificarsi a una temperatura relativamente valia; alla temperatura di 87°, se l'iniesione non si fa tosto, si formano dei grumi, che ostruiscono 'ago della siringa.

L'olio di faggiolo e l'olio d'arachide, oltre al presso poco più esevato del precedente, provoca, con l'inie-zione, dolore piuttosto intenso, persistente, e gli infer-mi riflutano la cura.

Il dolore, a quanto pare, è causeto da impurità che si riscontrano in questi due ultimi olii, tanto ciò è vero che gli stessi fatti si hanno con l'olio di uliva impuro.

Oltre agli olii vegetali, si sono tentati gli olii, o dei grassi solubili di origine animale. Così l'olio di piede di bue (Perron) l'olio di fegato di merlusso (Mosler, Pick).

L'uso però di quest'ultimi, deve essere bandito, perchè producono irritazione locale intensa e duratura.

Vajana

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Scamario. — 1. Il progresso medico internazionale. La fisio-patologia in Francis.-2. Lavori originali. Ospedale civile diBadia Polesine (Reparto medico).—Splenomegalia primitiva con epatite interstiziale flaccida, pel dott. Giuseppe Finzi.-8. Pratica neuro-patologica. — 4. Note di chimica biologica. — 5. Rarità cliniche. — 6. Spoglio dei perionici inglesi. — 7, Nothie.

IL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

La fisio-patologia in Francia

(Archives de Physiologie normale et de Patholegie, m. 1, 1897).

I. Desamente delle materio estrattive riduttrioi degli ergani. J. E. Abelous ha dosato col metodo di Richet e Etard le materie estrattive contenute negli estratti alcoolici di organi diversi allo stato normale e di muscoli sottoposti a condizioni sperimentali diverse. Ha trovato che il fegato è l'organo in cui la produsione di queste sostanze è massimamente attiva.

Vien dopo il miocardio che a questo riguardo supera di molto i muscoli striati ordinari, la qual cosa è spiegata dall'attività particolare del muscolo cardiaco. Le ricerche sui muscoli dimostrarono all'autore che la quantità delle materie riduttrici che l'alcool può estrarre dai amdesimi. varia in ragione diretta dell'attività del muscolo.

La quantità supplementare di ossigeno che un muscolo assorbe durante un lavoro eccessivo, non basta ad ossidare l'eccesso di materie riduttrici che risultano da sioppiamenti più attivi, che seno indist di una vita anaerobia più intensa.

2. Variazioni della preprietà refrigerante dell'acqua. J. Lefévre ha studiato la quantità di calore che l'organismo umano perde a contatto con l'acqua fredda e ne ha fissato le variazioni in ragione della temperatura iniziale e della durata del bagno. Ha trovato che ad ogni temperatura la perfrigerazione presenta due periodi: l'uno variabile, l'altro stazionario. Il periodo variabile, molto breve nelle temperature basse, si prolunga rapidamente quando la temperatura si eleva. Du rante il periodo stazionario la perdita costante è ridotta circa al quinto della perdita nel primo minuto.

La perfrigerazione cresce ed il suo accrescimento a gradi sub sce un'accelerazione continua, quando la temperatura si abbassa. La durata del bagno necessaria perchè abbia luogo una perfrigerazione determinata, aumenta rapidamente quando la temperatura si innalsa.

In conclusione, l'uomo sottoposto all'asione dell'acqua fredda, anzichè resistere all'azione del

per i corpi inerci, perde una quantità di calore, e questa perdita aumenta rapidamente quando la temperatura si abbassa, fino al punto di diventare, verso la temperatura di 5º, circa il doppio del numero teorico dato dalla legge di Newton.

- 3. Sulla ceagulaziene del sangue epatice. Pauleeco ha trovato che nei cani digiuni da due o parecchie ore, il sangue del fegato si coagula presso a poco simultaneamente a quello del sangue venoso della circolazione generale e della vena porta. Nei cani che hanno mangiato carne, durante la digestione e durante il periodo di assorbimento si nota un ritardo più o meno spiccato nella coagulazione del sangue epatico, ed il ritardo è ancora più considerevole nel sangue della vena porta. La quantità di fibrinogeno od in generale di globuline, varia peco nelle tre specie di sangue.
- 4. La seefermazione delle cellule nervose nel eervelle della scimmia conssoutiva all'estirpazione completa dei lebi secipitali. A. N. Vitzon. --- Il presente lavoro consta di due parti; nella prima l'autore espone i suoi esperimenti fisiologici concernenti gli effetti della estirpazione totale dei lobi occipitali sulla vista nelle seimmie; nella seconda le ricerche anatomiche sulla sostanza neeformata nel sito dei lobi occipitali estirpati, La consitsione di questo lavero è chie il cervello della scimmia giovine ha la proprietà di riprodurre la perdita di sostansa avventuta nel suo proprio tessuto e di riscquistate una parte delle sue proprietà anatomiche e fisiologiche. Il repristinatsi della funzione visiva perduta per l'estirpazione totale dei lobi cocipitali, ha per effetto la neoformasione di una sestanza di natura nervosa, cioè di cellule e fibre nervose.
- 5. Sulle inlezioni intravenose di seluzione salina semplice nella cura della infezione sperimentale per bacterium cell. F. J. Boso e V. Vedel. - Le iniezioni saline intravenose modificano il corso ed i sintomi dell'infezione. L'iniezione fatta durante o subito dopo l'infezione, ritarda il decorso delle infezioni gravi e può produrre la guarigione sia nelle infesioni gravi, sia in quelle leggere. Quando l'iniezione è tardiva, essa è tanto più efficace quanto minore è il tempo trascorso dall'inizio della malattia, e la guarigione si ottiene solo nelle infesioni lievi. La prima iniezione fatta in sul principio della infezione non modifica gran fatto i sintomi, se si tratta di infesione grave, li attenua se l'infezione è di media gravezza, ne impedisce la comparsa se l'infezione è stata lieve. Se l'iniezione vien fatta molto tardi, al momento dell'agonia, essa nen ha alcuna efficafreddo con una legge inversa a quella di Newton cia; nei casi meno avanzati, l'iniezione da luogo

a qualche reazione favorevole, ma passeggera; bisogna che l'infezione sia molto lieve perchè l'iniezione tardiva possa produrre la guarigione. Le iniezioni successive hanno poca efficacia se l'infezione è grave; nei casi meno gravi, in cui la prima iniezione ha avuto buoni effetti, le iniezioni successive favoriscono la guarigione.

I cani infettati non tollerano iniezioni abbondantissime di soluzione di cloruro di sodio, così come i cani sani, ma vanno soggetti ed asfissia e convulsioni intense.

La soluzione salina iniettata nelle vene, in questi esperimenti, agisce favorendo l'eliminazione delle sostanse tossiche, ricostituendo i globuli rossi alterati, attivando lo scambio nutritivo e le funzioni degli organi e diminuendo il potere globulicida del siero patologico col favorire la fagocitosi. L'azione inibitrice che esercitano le iniezioni precoci fanno peusare che le soluzioni saline abbiano un effetto generale sull'organismo, paragonabile a quello di certe sostanze immunizzanti.

6. Presenza di un fermeule essidante la certi tessuti dei moliuschi acefeli. Pieri e Portier hanno trovato che le branchie e le antenne labiali degli acefali, contengono un fermento ossidante, il quale si trova pure in quantità minore nel sangue degli stessi animali, mentre tutti gli altri organi ne sono sprovvisti.

Per le sue proprietà, questo fermento si avvicina al laccario del latice dell'albero a lacca.

- 7. Centribute alle studie della funzione ritmica del cuere, Denie Courtade. Il risultato di questo studio è che il ventricolo del cuore della rana è ineccitabile per le correnti deboli e medie non solo al principio, ma anche durante la maggior parte della sistole. Le contrasioni ventricolari che si vedono produrre dopo un certo tempo in queste esperienze, non sono effetti dell'eccitazione diretta del ventricolo, ma delle sistoli dell' orechiette, le quali sono esse stesse effetto di una eccitazione derivata. L'ordine di contrazione per le differenti sezioni del cuore parte dal seno venesco
- 8. Le leggi del mevimente energetico nel muscell in centrazione velentaria, stabilite secondo le studio degli scambi respiratori. I. Tiscot conferma le leggi stabilite già da Chauve a u, cioè che a raccorcimento muscolare eguale, l'impiego d'energia per sostenere un peso, cresce col crescere del peso; a peso eguale, l'impiego d'energia cresce come cresce il raccorcimento muscolare. L'autore fa alcune restrizioni a queste leggi, in quanto che l'accrescimento dell'energia impiegata è un pò più rapido dell'accrescimento del peso, ed al contrario l'impiego di energia cresce meno rapida-

mente del raccoreiamento muscolare. Cionondimeno le due leggi enunciate dimostrano sempre in modo netto un'altra proposizione, cioè che l'elasticità creata dalla contrazione statica per sostenere un peso, contiene tutta l'energia che questa contrazione mette in giuoco.

- 9. Ricerche eperimentali sulla creazione dell'elasticità e dell'energia che le dà erigine nei musceli iu centrazione veloutaria. I. Tiesot ha trovato che l'energia messa in azione nel muscelo in contrazione statica e l'elasticità che ne deriva (elasticità totale), è una funzione del peso moltiplicato per il raccorciamento.
- 10. Sulla forma del peles tetale. Hallion e Comto Fra le condizioni capaci di modificare la forma del polso totale, bisogna distinguere quelle che influiscono direttamente sulla circolazione dell'organo stesso, da quelle che agiscono sulla circolazione generale.

Quando non ci sono modificazioni dirette della circolazione totale, le variazioni del polso capillare sono in generale identiche a quelle del polso arterioso. Come condizioni locali capaci di modificare il polso totale, noi dobbiamo tenere in conto lo stato di contrazione della parete venosa delle piccole arterie, le variazioni del deflusso ed i cangiamenti di posizione dell' organo in rapporto al resto del corpo. Il restringimento delle arterie afferenti all'organo, nello stesso tempo che fa diminuire il volume, fa crescere l' ampiezza della pulsazione e le dà una forma arrotondita.

La vasocostrizione locale produce le stesse modificazioni, ma sopratutto la diminusione di ampiezza.

La stasi venosa locale, nello stesso tempo che rende congesto l'organo, tende a diminuire l'ampiezza della pulsazione.

Nei cangiamenti di posizione di un arto, in rapporto al resto del corpo, la pulsazione diminuisce d'ampiezza e le sue curve si appianano, quando la gravità agisce sulla corrente sanguigna in senso inverso all'impulso cardiaco.

11. Le paeumescepie. A. M. Bloch ha costruito un nuovo pneumoscopio che si compone di un tubo metallico della lunghezza di 12 cm. e del diametro di 2 cm., in cui si respira.

Per impedire all'aria di disperdersi a traversola commissura labiale, esiste una piastra metallica concava, fissata al di fuori del tubo, la quale viene ad applicarsi tra le labbra. Dippiù una pinza chiude le narici. L'altra estremità del tubo è costituita da una finestra rettangolare 3 mm. larga e 10 mm. alta; una piccola imposta messa in movimento da una vite può farsi scendere a volontà, in modo da aumentare o diminuire il lume della finestra. Applicato alla bocca l'apparecchio, si ordina alla persona di respirare tranquillamente e lungamente, e ad ogni tre respirazioni, alla fine dell'espirazione si fa fare un messo giro alla vite che restringe il lume della finestra, e ciò fino a che l'individuo non stesse più a respirare. Si legge allora l'altessa della finestra graduata in messi mm., e moltiplicando la cifra per 3, si ha la superficie limite che è oggetto di ricerca:

W. H. Thompson, ha trovato che il peptone di Witte, a cominciare dalla dose di 0,01 gram. per kg. d'animale, fa abbassare la pressione arteriosa, quando è iniettato rapidamente nella circolazione sanguigna del cane. Il meccanismo con cui ha luogo l'abbassamento della pressione sanguigna e la dilatazione vasale, consiste in un'azione esercitata perifericamente o localmente sui vasi. L'autore non ha constatato alcuna azione centrale.

Questa influenza sui vasi non è limitata alla regione splanonica, ma è generalizzata a tutti i vasi del corpo; essa consiste in una depressione dell'irritabibità dell' apparecchio neuro-muscolare dei vasi, la quale rende questo meccanismo incapace di risentire l'influenza degli impulsi vaso-costrittivi ordinari. È probabile intanto che il peptone eserciti la sua influenza sulle terminazioni dei nervi vasomotori e non sulla tunica muscolare dei vasi.

In rapporto all' influenza che il peptone ha sulla coagulazione del sangue del cane, l'autore aggiunge che con dosi di 0,02 gram. per kg. di animale, la coagulazione è ritardata; con dosi inferiori, fino a 0,0075 gram., la coagulazione al contrario è accelerata; a dosi di 0,005 gram., e dosi inferiori, il peptone non ha alcuna influenza sulla coagulazione del sangue.

13. Influenza dei fredde sulla secrezione urinaria.

M. Lambert conchiude che una perfrigerazione sufficientemente prolungata della pelle produce sempre un aumento di attività della secrezione urinaria, sia d'emblée, sia secondariamente. L'aumento primitivo è dovuto a ciò che, mentre la pressione sanguigna si innalza, il rene si dilata o si contrae debolmente, l'aumento secondario della secrezione urinaria è dovuto alla diminusione rapida della tonicità vascolare renale. Bisogna forse tener conto anche, fino ad un certo punto, di una possibile azione sui nervi secretivi del rene.

13. Resecute di 104 sperazioni di tiroldectomia nel ceniglie. A. Rouxeeux. — Dopo la tiroidectomia totale in un tempo, i quattro quinti degli animali operati hanno presentato sintomi nervosi gravissimi e caratteristici, i quali indicavano che la causa principale della malattia deve essere ri-

cercata in una lesione od in un disordine funzionale del sistema nervoso.

Gli animali morti dopo l' operazione presentavano alterazioni polmonari gravi.

La tiroidectomia parsiale non è seguita da sintomi nervosi così gravi e caratteristici come quelli che seguono all'estirpasione totale. Essa inoltre è un'operazione quasi inoffensiva, e gli animali che muoiono tardivamente, muoiono di polmonite.

Gli animali, in cui è stata eseguita la tiroidectomia completa in due tempi, presentano in modo spiccato i sintomi caratteristici di quelli in cui l'operazione fu eseguita in un tempo. I sintomi in alcuni animali rimangono per un certo tempo latenti.

L'operazione completa in due tempi è altrettanto grave quanto la stessa operazione eseguita in un tempo. All'autopsia si trovano le stesse lesioni, e sopratutto quelle del polmone sono più estese e più profonde.

15. Ricerebe sull'alterazione funzionale delle capsule eurrouali. P. Langlois. — Dopo le prime ricerche di Foà e Pellacani sugli effetti tossici degli estratti di capsule surrenali, altri lavori comparvero sullo stesso argomento, come quelli di Mattei-Alexander, Marino, Zuco, Dutto, Alexais e Arnaux, Gluzinsky, Gourfein, Dubois. Tutti questi autori si accordano nel riconoscere la tossicità dell' estratto di capsulo surrenali.

Dalle prime ricerche fatte da Langlois e e da Abelous, si rileva poi che l'estratto di capsule surrenali ha un effetto piuttosto favorevole sugli animali scapsulati; Brown-Sèquard, nella stessa epoca, ebbe risultati ancor più soddisfacenti. Ma Langlois ha insistito specialmente sull'azione per così dire caratteristica che l'estratto capsulare ha sulla pressione sanguigna. Infatti simultaneamente Cybulski a Cracovia, Oliver o Schäfer a Londra dimostrarono che l'estratto di capsule surrenali iniettato nelle vene eleva la pressione nel sistema arterioso e nello stesso tempo rallenta il ritmo cardiaco. Essi però spiegarono differentemente i risultati ottenuti. Olivere Schäfer ebbero inoltre l'occasione di studiare l'effetto dell'estratto di capsule surrenali appartenenti ad ammalati di malattia di Addison, e trovarono che questo estratto non eleva la pressione sanguigna. D u b o i s, poi, nei suoi studi sulla variazione della tossicità generale degli estratti capsulari, notò che le capsule molto alterate appartenenti a cavie difteriche non sono più tossiche, e la tossicità delle capsule varia in più od in meno quando esse hanno subito alterazioni cellulari meno intense.

Nel presente lavoro il Langlois studia le modificazioni dell'azione specifica dell'estratto di capsule surrenali di cavia, iperemiche o ipertrofiche.

Ha trovato che le capsule surrenali semplicemente iperemiche od appena ipertrofiche contengono ancora il principio attivo che determina l'aumento della pressione arteriosa.

Le capsule ipertrofiche che hanno acquistato un volume triplo o quadruplo delle capsule normali, hanno perduto questa azione tonica sul sistema vascolare.

Esiste un rapporto tra l'attività tonica dello estratto ghiandolare e l'intensità della reazione colorante col percloruro di ferro. È impossibile intanto attribuire questa azione alla sola presenza della pirocatechina.

16. Sui movimenti degil arti, prodotti dall'eccitazione dell'emisfero cerebrale del late corrispondente. E. Wertheimer & L. Lepage hanno fatto l'emisezione del midollo spinale e l'emisezione e divisione dei centri nervosi nella linea mediana, per studiare gli effetti dell'eccitazione di un emissero cerebrale sulla motilità dei due lati del corpo, e sono venuti alla conclusione che relazioni dirette debbono esistere tra ogni emisfero e la metà del midollo spinale del lato corrispondente, relazioni già del resto stabilite col metodo delle degenerazioni dal Muratoff, il quale nel cane ha trovato che la piramide si suddivide in due fasci, uno crociato, l'altro che resta nel cordone laterale del lato corrispondente del midollo.

Sherrington ha confermato queste osservazioni Franke Pitres avevano già notato nel cane, ma eccezionalmenti, la degenerazione bilaterale dei fasci piramidali, in seguito ad una lesione unilaterale del cervello.

Dall'altra parte l'esistenza del fascio di Türck nel cane, da alcuni è stata negata, da altri è stata ammessa. Intanto dopo le ricerche degli autori, le reazioni motrici unilaterali, in seguito ad emisezione del midollo spinale, debbono essere considerate costanti.

L'integrità delle piramidi non è necessaria perchè si abbiano reazioni motrici omolaterali, e neppure è necessario l'intervento della zona corticale opposta.

17. Epilessia sperimentale. A. Charrin riferisce l'esperienza seguente: sotto la pelle di una cavia si introduce meszo cc. di tossina difterica e poscia si sottopone l'animale a ripetute scariche di corrente elettrica, applicando gli elettrodi sia agli arti inferiori, sia ai posteriori.

Gli animali di controllo, inoculati di tossina difterica, ma non sottoposti all'azione della corrente, morirono, mentre la cavia di cui si è tenuto parola sopravvisse e cominciò a presentare fenomeni di gangrena negli arti posteriori, nei punti dove si era applicata la corrente, gangrena che si andò delimitando in modo da aver luogo una specie di amputazione bilaterale.

Qualche tempo dopo, questa stessa cavia fu presa da vere crisi epilettiformi. L'autore resta in dubbio se queste crisi debbano essere attribuite semplicemente alla sesione dei nervi o se qui entri pure in campo l'influenza delle tossine.

18. Lesieni mideliari eperimentali predotte da embeli asettiei. H. Lamy.—I piccoli embolismi arteriosi producono nel midollo spinale focolai di necrosi identici agli infarti, che succedono alle obliterazioni auteriose negli altri organi.

Questi focolai sono specialmente numerosi nella sostanza grigia e passano per tre fasi successive, cioè ischemia iniziale, rammollimento rosso, assorbimento ed eliminazione del focolaio di rammollimento con produzione di corpi granulosi cellulari. Si osservano inoltre, in certi casi, lesioni delle fibre bianche, le quali non sono altro che focolai di necrosi, che possono fondersi costituendo una necrosi diffusa della sostanza bianca.

Le lesioni a focolaio prodotte dagli embolismi spinali, hanno analogia di forma e di localizzazio ne con le alterazioni che si trovano in certe malattie del midollo spinale dell'uomo. Infatti gli infarti limitati alle corna anteriori ricordano la lesione della poliomielite anteriore al suo principio. Estesi a gran parte od a tutta la sostanza grigia, essi danno luogo a perdite di sostanza analoghe a quelle che si trovano nelle mieliti cavitarie.

Infine, in gran numero di mieliti acute, specie nelle sifilitiche, esistono piccoli focolai di degenerazione delle fibre midollari che offrono un aspetto molto analogo a quello dei focolai di necrobiosi ottenuti dall'autore.

- 19. Ricerche operimentali sulla tanzione emapeletica della milza. J. Landobach (Continua).
- 20. Contribute allo studie del fermeute ceagulante del sangue e dell'aziene anti-ecagulante dei prepepteni. Destre e Fioresco.—L'energia del fermento coagulante del sangue si valuta con la rapidità della coagulazione e della consistenza del coagulo. Nei mezsi in cui il fermento è poco attivo, il coagulo si forma a guisa di sacco od a rete; nei liquidi alcalini esso va soggetto alla fibrinolisi.

Per provare il fermento coagulante, bisogna impiegare non il sangue stesso, ma i diversi plasmi: plasma naturale (siero peritoneale, pericardico, plasma di peptone, plasma di peptone epatico) assolutamente privati di egni elemento figurato, per meszo della centrifugazione.

Ogni volta che si sperimenta comparativamente con questi plasmi, si nota che la neutralizzazione fatta con un acido qualunque, permette od accelera la coagulazione che nel meszo alcalino diretto farebbe difetto o sarebbe ritardata. La neutralità del mezzo costituisce una condizione che aumenta o favorisce l'attività del fermento coagulante. Nello stesso senso agisce la temperatura di 40°, ma in grado molto meno energico.

Il plasma di peptone che resterebbe indefinitamente liquido, coagula se viene neutralizzato. Nella stessa condizione si trovano i plasmi a cui si è aggiunta una debole quantità di acido ossalico.

Questi plasmi debolmente peptonizzati o addisionati di acido ossalico, mescolati a siero peritoneale, si comportano nello stesso modo. Ciò è evidentissimo col plasma di peptone epatico. Il tentativo di neutralizzazione del sangue nel vivente, mediante l'iniezione di acido acetico. dà risultato analogo.

Se ad un animale si fa un'injezione sufficiente di propeptone, il plasma del suo sangue, plasma di peptone, contienel fermeuto coagulante libero, in quantità più che sufficiente per coagulare. Questo fermento è in eccesso ed esiste allo stato naturale, non in quello di profermento. Se la coagulazione non si verifica, ne è causa la composizione del mezzo che rende il fermenta inefficace. Aggiungendo acido fino alla neutralizzazione del mezzo, questo vien modificato in modo che il fermento diventa attivo.

L'asione del fegato isolato dal peptone (produzione di liquido epatico anticoagulonte) rende conto fino ad un certo punto di ciò che avviene nel caso in cui si inietta peptone nel sangue. Nondimeno vi sono differenze prodotte dal grado di alcalinità differente pel sangue nei due casi e dall'influenza molto ineguale della neutralizzazione nell'uno e nell'altro caso.

. Il sangue di peptone è più alcalino del sangue normale. A misura che diminuisce l'incoagulabilità, diminuisce l'alcalinità. Nello stesso modo si comportano i plasmi. Il sangue di peptone epatico ed il plasma corrispondente hanno un'alcalinità ancor più elevata.

Infine, la coagulazione del sangue e dei plasmi richiede, oltre i tre fattori noti (fibrinogeno, fermento, sali di calce solubili), una quarta condizione, cioè una certa composizione minerale del mezzo, un certo equilibrio di sali a cui è dovuta la neutralità del mezzo medesimo.

21. Critica delle esperienza di HIrn sulla termodinamica ed ii lavero negli seseri viventi. A. Chauveau - Hirn ha creduto di provare che nei messi sina, trad. it. Torino, Vol. III, p. 2, p. 411. 1988.

viventi, come negli inanimati, il lavoro positivo tragga energia dal motore e che il lavoro negativo gliene renda; scopo di questo articolo dello autore è di dimostrare che i fatti osservati da Hirn mancano di esattezza e di far rilevare la lacuna che c' è nella idea direttrice che ha presieduto alle ricerche dell' Hirn stesso.

De Grania

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI BADIA POLESIEE. - SPLEMOME-GALIA PRIMITIVA CON EPANITE INTERSTI-ZIALE FLACCIDA, per il dot. G IUSEPPE FIESL

Fin dal 1890 il prof. Galvagni ha rilevato e descritto una varietà di epatite interstisiale a decorso rapido, che egli denominò flaccida, perchè il fegato in luogo di essere duro e consistente vi si presenta flaccido e cascante (1). Altre osservazioni consimili a quella di G al vagui furono pubblicate poi dall'Ughetti di Oatania (2), e dal dottor Luigi Massottidi Bologna (8). La conoscesa di detta varietà è certamente ancora poco diffusa, quantunque di essa faccia menzione Chauffard nel recente trattato di medicina di Charcot e Bouchard (4).

Per questo io credo di non dovere trascurare la pubblicazione di un caso di cirrosi flaccida, che ebbi occasione di osservare nall'estate scorsa in un infermo venuto a morte nel mio reparto.

Egli era Romanin Giovanni, di anni 80, bracciante, nativo di S. Maria Maddalena (Polesine), entrato in ospedale il 81 maggio 1896.

Non aveva precedenti ereditari morbosi degni di nota; mai era stato soggetto a sifilide. Nell'estate del 1889 a Contarina nel Basso Polesine, acquistò le febbri da malaria, che più volte recidivarono; lì anche si era dato al bere.

Per due inverni successivi (1894 e 1895) fu il Romanin colpito dall'influenza ed è appunto dall' inverno 1895, che egli principiò ad avvertire dolore dal lato della milsa, e a perder notevolmente di colorito, di nutrisione e di forse, ragione per cui ebbe ricorso al medico del proprio

⁽¹⁾ Rivista Clinica di Bologna fasc, II, p. 881, 1880.

^{(2) «}Archivio Medico» fasc. di luglio ed agosto, 1882.

^{(8) «}Rivista Clinica di Bologna,» 1888. Contribusioneallo studio dell'epatite interstisiale flaccida.

⁽⁴⁾ Charcot e Bouchard. Trattato di medi-

comune, dott. Demetrio Bordin, il quale fin da allora ebbe a rilevare tumore splenico, tumore di cui l'esistenza fu confermata, secondo riferiva l'infermo, anche all'ospedale di Ferrara, dove egli si recò per una visita due mesi circa di poi, e più tardi del dott. Migliorini di Occhiobello, che altro non rinvenne.

All' epoca del suo ingresso all'ospedale di Badia, il Romanin accusava peso e tensione all'ipocondrio sinistro, inappetenza, gonfiore molesto dello stomaco dopo i pasti e digestione difficile; asseriva poi che talora ad intervalli irregolari, era colto da lieve febbre vespertina preceduta da brividi. Egli era di alta statura, magro, di colorito giallo terreo, aveva edema alle gambe e ai piedi, edema che, a suo dire, datava soltanto da una settimana.

Esaminando il ventre, si notava protuberanza dell' ipocondrio sinistro e iniezione venosa sottocutanea di questa regione. La milza si riconosceva alla palpazione per la presenza di una incisura al margine anteriore e per la posizione che occupava; si presentava chiaramente ingrandita, arrivando coll'estremo anteriore a due dita circa dalla linea mediana, col margine inferiore a due dita al di sopra della cresta iliaca sinistra, mentre con la percussione sulla linea ascellare media, il limite superiore si rinveniva alla settima costola, così che sulla detta linea questo viscere risultava di una larghezza di centimetri 24.

Posteriormente, sull'angolare della scapola, il limite superiore della milza si rinveniva all'ottava costola, l'inferiore due dita al di sotto dell'undecima. Si notavano segni di leggiero versamento peritoneale riconoscibili solo alla percussione praticata facendo collocare l'infermo sul fianco destro. Nessuna glandula linfatica ingrossata ne alle ascelle, nè al collo, nè agli inguini, nè altrove. La urina era scarsa, in quantità giornaliera di 600 a 800 centim. cubici, rossastra, priva di albume e di glucosio, ricca di sedimento giallo aranciato, costituito da urati di ammonio e da triplo-fosfati.

L'esame del sangue che fu poi ripetuto pressa a poco con lo stesso risultato parecchie volte, fece rilevare diminuzione dell'emoglobina (65° lo all'emometro di Fleischl), diminusione dei globuli rossi, ma nessuna alterazione nel rapporto numerico dei globuli rossi e bianchi, escludendo così il sospetto di leucemia; nè in molteplici preparati, colorati al bleu di metile col metodo di Roux, permise mai di scorgere plasmodi della

malaria. Tuttavia poichė il Romanin era stato in passato soggetto all' infesione malarica, prescrissi una cura energica di chinina, che fu protratta per ben una ventina di giorni, insieme con una cura di arsenito di soda (1 centigr., a giorni alterni) per uso ipodermico, cura che fu protratta per circa un mese. Ma la febbre di quando in quando continuò a comparire, e raggiungendo i 88°O. si presentò nel pomeriggio del 10, del 12, del 14 e del 25 di giugno. Ne si ebbe alcun vantaggio della pratica quotidiana di una docciatura fredda sull'ipocondrio sinistro. Il volume dalla milsa rimase immutato; e ciò non basta; alla fine del giugno il ventre cominciò a gonfiarsi, comparendo all' esame fisico manifesti i segni di un versamento peritoneale; inoltre lo infermo principiò ad accusare dolore dal lato destro del petto e ad essere molestato da tosse Secca.

L'esame fisico del torace rilevò nelle due metà posteriori un' ottusità, che dalla base arrivava fino all' angolo della scapola a sinistra, e a destra due dita al di sopra dell' angolo scapolare; e in corrispondenza diminuzione del murmure vescicolare e del fremito tattile.

L' urina che continuava ad essere ognora più scarsa (600 a 400 cc. nelle 24 ore), acquistò un aspetto giallo-rossastro sempre più accentuato e tale che il copioso sedimento di essa, raccogliendosi in fondo al vaso, vi lasciava una tinta come di mattone. Il 80 giugno, all'esame uroscopico trovai reasione acida, peso specifico 1020, non albume, non succhero, non ematina, nè emoglobina, invece molti carbonati, urobilina e urocritrina; urea in quantità di 20 gr. per litro (all' ureometro di Thiery); il sedimento composto di urato di ammonio e di triplofosfati.

Al primo luglio il Romanin ebbe sette evacuszioni liquide. Ciò non ostante il volume dell'addome continuò ad aumentare; anzi la iniezione venosa sottocutanea limitata all'ipocondrio
sinistro si estese, e si manifestò spiccatamente
un circolo suppletivo tra le vene epigastriche e
le mammarie interne; invece non si rese manifesto per nulla il caput Medusae. Si aggiunsero
edemi agli arti inferiori e dispnea, mentre alla
base della metà toracica destra venne a rendersi
manifesto all'ascoltazione un rumore di sfregamento; inoltre dal 28 giugno al 1º luglio si notò
tutte le sere febbre a 38°C.

(continua)



PRATICA NEURO-PATOLOGICA

Sall'asseciazione dell'isteriame con la tabe. Vires.— Le associazioni delle nevrosi con le malattie organiche del sistema nervoso, mancano di una storia diagnostica netta e di una patogenesi precisa. Più particolarmente, l'associazione dell' isterismo con l'atassia locomotrice non ha, secondo Vires, una storia clinica personale, sia dal punto di vista sintomatico, che diagnostico e patogenetico.

Così dal punto di vista sintomatico, l'associazione istero-tabetica si traduce con una doppia sindrome, isterica e tabetica. Isterismo e tabe si avvicinano, ma non si fondono e non dàuno origine, ad un'entità morbosa nuova.

Riunite, restano indipendenti fra loro. L'associazione istero-tabetica non costituisce neanche una malattia ibrida: essa dà all' isterismo i sintomi isterici, e alla tabe i sintomi tabetici, e li realizza nelle stesse proporzioni e nello stesso modo che la tabe e l'isterismo puro. Così Charcot ha potuto concludere « che essi rappresentano due membri della stessa famiglia nosografica, che però non soggiacciono all'eredità di trasformazione: è per ciò naturale che esse si mostrino coesistenti su un terreno particolarmente favorevole al loro sviluppo. Le due malattie, benchè sviluppate sotto condizioni comuni, hanno un'evolusione individuale, senza influenza mutua.

Dal punto di vista diagnostico, bisogna prima studiare i sintomi capitali che permettono di differensiare l'isterismo dalla tabe. E per ciò fare, devono essere tenute presenti tutte le affesioni che hanno alcuni sintomi comuni con la tabe, e allora quando si è ben determinata la sindrome tabetica, si passerà, se lo stesso ammalato presenta la sindrome isterica, alla disamina di tutte le condizioni cliniche che possono dare la parvenza dell'isterismo, e così, per eliminazione successiva, sarà possibile un diagnostico sicuro e sufficientemente precoce di associazione isterotabetica.

Sono noti i segni principali della tabe, e dell'isterismo, eppure la diagnosi d'istero-tabe non è semplice, perchè molte altre affezioni possono simulare l'atassia locomotrice. Tali sono: 1° le pseudo-sclerosi di Westphall, che forse sono delle affezioni puramente isteriche o isterico-organiche: 2° la pseudo-tabe, che secondo Pitres presenta alcuni dei sintomi sensitivi e motori della malattia di Friedreich, senza le lesio.

ni midollari caratteristiche di quest'ultima; è dipendente ora dall'isterismo ora da intessicazioni o da infezioni.

L'isterismo simulatore della tabe, si sviluppa negli adulti dai 25 ai cinquanta anni, però si distingue dalla tabe per la presensa dei rifiessi rotulei, del segno di Argyll, per l'assensa dell'atrofia papillare, e perchè, presto o tardi, guarisco.

La sindrome fenomenica consecutiva, sia ad un'intossicazione che ad un'infesione, simulante la tabe di Duchenne, consiste nelle paraplegie tossiche a tipo di flessione (Charcot) e nelle nevriti periferiche infettive o tossiche. Esse però si distinguono dalla tabe vera, sia anatomicamente, perchè, mentre la tabe è dovuta ad una lesione dei cordoni posteriori, le paraplegie tossiche colpiscono quasi sempre i nervi, sia per l'etiologia, perché, mentre nella tabe causa fondamentale è la sifilide, tutte le varietà di pseudo-tabe provengono dall'alcool, dall'arsenico, dal beri-beri dall'erisipela, dal diabete, sia per i sintomi, giacchè esse hanno un'evoluzione eccessivamente rapida, l'andatura in esse è da steppeur, è infine nello pseudo-tabetico non esiste il fenomeno di Argyll, në disturbi degli sfinteri anali e vescicale:

8º la tabe ereditaria: in essa; secondo Brousse, l'incoordinazione motrice si generalizza anche alle braccia, si hanno disturbi di sensibilità incostanti e tardivi, non esistono disturbi della vista, ma solo della parola, non paralisi degli sfinteri: dal punto di vista anatomico in essa la lesione dei cordoni posteriori si estende sino al bulbo e spesso invade anche gli altri fasci midollari: etiologicamente anche differisce dalla tabe di Friedreich, perchè è una malattia dell'infanzia e della giovinezza, e riconosce quasi sempre un'influenza ereditaria più o meno diretta;

4º la tabe combinata, il paramiaciono multiplo, la malattia di Thomsen, la sindrome cerebellare, si distinguono facilmente dalla tabe vera:

5º la pseudo-tabe neurastenica, é una tabe illusoria, ed è prodotta, in generale, dalla suggestione che subisce un neuropatico nell'assistere all'evoluzione della tabe vera in persona di un parente, di un amico, etc.;

6º l'atrofia isterica di Lasègue è caratterizzata da un disturbo della coordinazione motrice, che si manifesta negli isterici anestesici, allorchè sono amaurotici.

Riologia e patogenesi della istere-tabe:-1º il

sesse ha una certa influenza in questa associazione morbosa, giacche nell'uomo, che è più disposto della donna alla tabe, essa é più frequente; 2º l'età: Il maggior numero di casi di isterotabe si producono da trenta a quaranta anni; 8º la professione non sembra avervi molta influenza; 4º riguardo poi all' influenza reciproca della tabe sull'isterismo, V i res crede che nelle donne l'associazione istero-tabetica sia dovuta inizialmente all'isterismo, mentre nell'uomo è dovuta alla tabe. L'isterismo sembra abbia però una certa importanza, per la produzione consecutiva della tabe, e viceversa la tabe può esser una causa provocatrice dell'interismo. Però questo parallelismo tra tabe ed isterismo, questa loro asione reciproca, subisce, alla stregua dei fatti, molte restrizioni, giacchè, come si sa, mentre il numero delle donne tabatiche è piscolo, è grandissimo quello delle donne isteriche. Se però si fa intervenire un elemento nuovo nella genesi delle manifestazioni istero-tabetiche, l'eredità, i rapporti tra le due malattie si rischiareranno potentemente, giacchè esse non sono che delle madalità dell'enedità, o, come dice Charcot, due membri di una stessa famiglia nosografica.

Gli antecedenti ereditari degli istero-tabetici, danno dunque, sempre, senza eccezione, risultato positivo: e l'eredità neuropatica può costituire da sola il terreno favorevole per lo sviluppo di queste affezioni, sia che essa agisca isolatamente (eredità cerebrale, nervosismo, eredità diatesica), o che si abbia un'associazione di essa con l'eredità tubercolare, ovvero dell'eredità diatesica con l'alcoolica, o della tubercolare con la diatesica e la nervosa, o infine di tutte nello stesso tempo.

Come causa predisponente, la sifilide si incontra nel 6° le dei casi d'istero-tabe; le malattie infettive più frequentemente (46° le): esse per ciò costituiscono un fattore etiologico potente; i traumatismi, ancora più frequentemente (58° le). Le malattie per rallentamento della nutrisione sono molto rare negli istero-tabetici. L'alcoolismo è notato sole 10 volte su 100, però ha grande importanza negli antecedenti ereditari, come pure la tubereolosi.

Tutte le cause predisponenti agiscono quasi sempre nello stesso senso, diminuendo, cioè, la resistenza dell'organismo: e così, per la disposizione generale delle cellule dell'organismo viziate, deviate dalle loro funzioni normali, fisiologiche, si spiegono gli intimi legami che uniscono tante malattie fra loro, la frequente ripetizione di esse nella stessa fausiglia, l'alternargi o la consistenza

della diatesi, delle malattie nervose e della tubercolosi.

Secondo Vires, la specializzazione della predisposizione comune alla tabe e all'isterismo, è guidata da una malformazione o da un arresto incompleto di aviluppo del mielo encefalo: essa attacca in un caso la midolla spinale, in un altro il cervello, secondo che il disturbo fisico-chimico della cellula degli ascendenti, si è esplicato sulla funzione della cellula o della fibra, del cervello o del midollo dei discendenti. Nei tabetici, Vires crede per ciò ragionevole ammettere una debolezza congenita dei cordoni posteriori, debolegga che non è che la traduzione localizzata e circoscritta dello stato degenerativo più generale di tutto il mielo-encefalo; negli isterici, come pure negli psicopatici, ammette invece una debolensa o un visio congenito della cellula, a noi ignoto. Con una predisposizione degenerativa comune e con un substrato organico ereditario comune, non è irrazionale ammettere che le due malattie, tabe ed isterismo, si possano associare. Nevrosi e malattie organiche, secondo V i r e s, sarebbero per ciò contenute allo stato latente in una predisposizione ereditaria, la quale rende più debele e meno agguerrito contro i vari agenti morbosi il mieloencefalo dei discendenti (Gazette des Hépétaux, n. 6, 1897).

Mirto

NOTE DI CHIMICA BIOLOGICA

Sui fermenti essidanti dei tessuti

Alcuni anni or sono il Jacquet riprese nel Laboratorio dello Schmiedeberg gli esperimenti da quest'ultimo iniziati sulla ossidazione nei tessuti viventi.

Come sostanze ossidanti, Jacquet 'si serviva di quelle stesse impiegate dallo Schmiede berg (alcool benzilico ed aldeide salicilica) che in condizioni ordinarie, alla temperatura del corpo non bruciano all'aria, ma facilmente nell'organismo; inoltre esse vengono ossidate in un modo determinato, anzi in un punto determinato della loro molecola, ed i loro prodotti di ossidazione non possono avere altra origine e sono sempre facilmente dimostrabili e dosabili.

Jacquet arrivò in questi esperimenti a risultati importantissimi che illustrano ed ampliano le osservazioni dello Schmiedeberg; in primo luogo egli dimostrò che nel sangue soltanto l'alcoel benzilico viene ossidato in quantità addirittura minima in forma di acido benzoico (nella medesima quantità viene ossidato anche da una soluzione debole di carbonato di sedie), mentre l'aldeida salicilica non è ossidata dal confermati dal layoro di Abelo us e Biarnès.

Gli altri risultati otteauti in queste ricerche farono i segmenti: la presense del sangue non è necessaria per la ossidazione che ha luogo negli organi, e specialmente nei polmoni, che più frequentemente di tutti gli altri organi sono stati adoperati; l'ossidazione avviene anche quando in luogo di sangue si adopera il siero di sangue.

Il tessuto polmonare degli animali avvelenati con la chinina e con l'acido fenico ha lo stesso grado di azione orsidante del tessuto polmonare întatto; il potere ossidante non è per ciò parti-

colare al protoplasma vivente.

Il polmone conserva ancora il potere ossidante quando prima è stato tenuto per 24-48 ore in un

miscuglio perfrigerante.

I polmoni ed i reni di cavallo, che sono stati per 12-14 giorni in alcool a 75-80 p. 100, lavati con soluzione fisiologica di cloruro di sodio e poi saggiati per il loro potere ossidante, dimostrarono all'autore la presenza di acido bensoico ed acido salicilico.

Finalmente egli stesso è riuscito a produrre l'ossidazione dell'alcool benzilico e dell'aldeide salicilica, mediante gli estratti, debolmente salati,

di polmoni e rene di cavallo.

Lo stesso risultato si aveva quando gli organi erano stati in precedenza trattati con alcool ed etere per 2 ore, poi estratti con una soluzione di cloruro di sodio e gli estratti addizionati di sangue contenente aldeide salicilica.

Gli organi trattati con alcool ed etere formavano sempre molto meno acido salicilico degli

organi freschi.

Che questo processo di ossidazione dipenda dalla presenza di un fermento o di un enzima, lo dimostrano gli esperimenti fatti con organi bolliti; col calore dell'ebollizione va perduto com-

pletamente il potere ossidante.

Il Salkowski, chiama questo e fermenossidante . L'opinione di Jacquet, che il sangue per sè solo è capace di produrre aldeide salicilica ad acido salicilico, sta in certo contrasto con gli esperimenti di Salko waki pubblicati nel 1882, nelle quali questi riusci a produrre per messo del sangue solo ossidazioni di grado non inferiore a quelle prodotte dal san gue mescolato agli organi od estratti di organi.

Egli ottenne questo effetto polverizzando il sangue, specialmente sangue di vitello, a cui era aggiunta la sostanza da ossidare, raccogliendolo poscia in un grosso cilindro di vetro disposto obliquamente e polverizzando una seconda volta.

Ogni esperimento durava 8-16 ore.

In uno di essi, che durò otto ore, dall'aldeide salicilica si ottennero 0,167 gr. di acido salicilico puro, senza che nella preparazione si avesse cura speciale di evitare le perdite. Queste esperienze, faște 9-10 anni prima di quelle di Jacquet, dimostrano almeno che l'opinione di quest'ultimo, cioè che il sangue per sè solo non sia capace di produrre ossidazioni, non può essere generalizzata.

In quanto al modo come avviene l'ossidazione per mezzo del sangue, solo S a lk o w s k i ammise il trasporto dell'ossigeno per messo dei corpuscoli del sangue.

Questa supposizione era giustificata dal fatto che negli esperimenti di controllo, fatti nelle

stesse condizioni, non si riesce a produrre l'ossidazione dell'aldeide salicilica contenuta nella soluzione fisiologica di cloruro di sodio alcalinizzata, mescolata con gomma arabica per aumentarne la consistenza. Più esatto sarebbe stato lo adoperare in questi esperimenti di controllo, invece delle dette soluzioni, giero di sangue di vitello, ma all'autore non riusci procurarsene.

Intanto la ipotesi cennata, da lui ammessa, fu riconosciuta inesatta. Abelo us e Biarnes, infatti, ripetendo gli esperimenti col siero di șangue, privo di globuli rossi, poterono effettuane

l'ossidazione dell'aldeide salicilica.

L'azione ossidante del sangue è, dunque, come voleva Jacquet, dovuta ad un fermento solubile in esso contenuto. Perché quest'asione si manifesti è necessario apparecchiare artificialmente le condizioni favorevoli per il processo di ossidazione polyerissando il sangue o facendolo attraversare da una corrente continua di aria.

Per verificare le osservazioni di Jacquet, Sch wienig ha fatto alcuni esperimenti, dai quali si rileva che gli estratti acquesi di organi morti sono in grado di ossidare l'aldeide salici-

lica trasformandola in acido salicilico.

Anche gli esperimenti di Yamagiwa nel laboratorio di Salkowski furono fații allo scepo di controllare ciò che Jacquet aveva stabilito, cioè che il potere ossidante non è legato alla vita del protoplasma e dall'altra parte di ricercara la quantità di fermento ossidante contenuto nei vari organi.

I risultati ottenuti dall'Y a m a g i w a furono continuati ed ora pubblicati dal Šalko wski non avendo potuto l'autore scrivere il lavoro per essersi allontanato da Berlino; Yamagiwa lasciava stare in riposo per un certo tempo, gli organi finalmente triturati o gli estratti dei medesimi, mischiati ad aldeide saliziliza; faceva poi la reazione dell'acido salicilico e ne determinava la quantità con un processo cologimetrico.

Da questi esperimenti si rilevò, in primo luogo, che il lasciar stare per un tempo più o meno lungo in riposo i miscugli cennati, l'agitarli bene più o meno spesso, sono condizioni che hanno una grande influenza sui risultati dell'ossidazione e ciò spiega la divergenza degli effetti ottenuti in esperimenti consimili.

In ascondo luogo Yamagiwa confermò che la temperatura dell'ebollizione distrugge la sostanza, che dà luogo all'ossidazione, il quale risultato è una prova che questa sostanza è un farmanto.

Anche l'alcool assoluto, fatto agire per tre giorni consecutivi, distrugge in gran parte il fermento. In questo modo Yamagiwa confermà tutti i fatti stabiliti già dal Jacquet.

Nel 1894, i risultati del Salko w k i vennero. In quanto al modo di comportarsi del fermento

ossidante nei diversi tessuti, Yamagi wa sperimentò in primo luogo col tessuto muscolare.

E' noto come Hermann abbia trovato che il muscolo contiene sostenze, da cui, durante l'attività muscolare, senza afflusso di ossigeno, si separa acido carbonico.

Le grandi quantità di acido carbonico che fornicce l'organismo umano durante il lavoro, hanno fatto supporre che in questo processo prenda anche parte l'ossidazione diretta. Sotto questo punto di vista, era interessante ricercare il potere ossidante del tessuto muscolare per l'aldeide salicilica e Yamagiwa trovò che questo potere ossidante del muscolo è minimo.

Lo stesso autore trovò che il fegato e la milza hanno un forte potere ossidante; i reni, il pancreas un debole potere ossidante.

L'ultima questione che l'autore tratta, è se il fermento ossidante solubile dei tessuti sia attivo durante la vita.

La risposta a tale questione può esser data in gran parte quando si studia il modo di comportarsi del fermento ossidante con un certo gruppo di sostanze, e precisamente con la serie dei corpi aromatici, che, introdotti nell'organismo, vengono ossidati. Il Salkowski, che ha fatto ricerche a questo proposito, ha trovato che l'azione del fermento ossidante è limitata all'alcool benzilico, all'aldeide salicilica ed al benzolo, sostanze che fisiologicamente non si trovano nell'organismo.

Diversamente va la cosa per ciò che riguarda l'azione del fermento ossidante sui grassi.

Oltreche Pohl dimostrò che gli organi animali, specie il fegato, sono in grado di ossidare l'aldeide formica e l'alcool metilico in acido formico, l'azione del fermento ossidante si spiega sopratutto sullo succhero d'uva. Dopochè C.l. Bernard trovò che, stando in riposo il sangue, lo succhero contenutovi scomparisce, recentemente il Lépine ha ripetuto e cercato di interpetrare esattamente questa esperienza, nel senso che la scomparsa dello succhero sia dovuta all'ossidazione del medesimo da parte di un fermento determinato (fermento glicolitico). Spritser dimostrò poi che la proprietà di distruggere lo succhero d'uva non appartiene solo al sangue, ma è proprietà generale del protoplasma, e legata alla vita del medesimo, ma si riscontra anche negli estratti secchi organici di antica data. Il Salkowski conchiude che molto probabilmente il fermento ossidante dei tessuti è identico al fermento glicolitico (Virchow's Archiv, Bl. 147, n. 1, 1897).

De Grania

RARITÀ CLINICHE

Un case di actinemicesi umana primitiva del fegate. Boari. — I.' actinomicosi primitiva del fegato è rarissims. L' autore, ricercando nella letteratura non'ne ha riscontrato che due casi.

Van der Straeten, nel 1891 descrisse un ascesso actinomicotico primitivo del fegato, apertosi in uno spazio intercostale, con necrobiosi di gran parte della ghiandola epatica, ed estensione al polo superiore del rene destro.

Taylor nel 1894 descrisse un caso di actinomicosi primitiva del fegato, con perforasione

del duodeno e metastasi polmonare.

Nella osservazione di K a n t h a k, non è certo se la origine era epatica o polmonare; in vita era stata fatta diagnosi di tubercolosi polmonare.

In quella di Snow, la diffusione pare si sia fatta per contiguità dal polmone al fegato. E fu trovato insieme all'actinomyces il bacillo tuber-colare.

I casi di focolai metastatici provenienti da actinomicosi appendicolari o coliche, sembrano più frequenti, e se ne trovano riferiti in Senn (batteriologia chirurgica) e in Guermonpres e Begue.

Per tale rarità di questa malattia, l'autore ritiene interessante riportare un caso di sua os-

servazione.

Tesse minutamente la storia del caso, ne descrive l'atto operativo, e lo sorprende, che nel pus riscontra una quantità di piccoli granuli sferici della grandezza di un seme di miglio, ed altri più piccoli, di colorito giallognolo, che esaminati al microscopio da Morpurgo, furono dichiarati grunuli di actinomyces.

Dopo un mese dall' atto operativo l' infermo mori per pioemia, e all' esame microscopico del fegato fu costatato, che le cellule epatiche attorno all' ascesso erano scomparse, e invece si trovava una gran quantità di elementi giovani connettivali e molti leucociti migrati, alcuni dei quali nei limiti più prossimi al focolaio purulento, presentavano caratteri degenerativi più o meno spiccati.

Tali alterazioni del fegato non si limitano alle vicinanze del focolato purulento, ma sono estese al parenchima.

Le cellule epatiche sono da per tutto diminuite di numero, e la caratteristica struttura dell'acino non è più manifesta.

Le più attente ricerche non gli hanno fatto rinvenire cespugli actinomicotici nel parenchima epatico stesso.

L'esame batterioscopico, fatto sul pus raccolto dall'ascesso epatico, di cui furono fatte con le cautele opportune, culture in piastre e culture anaerobiche, fece rilevare oltre i globuli di pus, la presenza di numerosissimi micrococchi. I granuli actinomicosici si trovano in numero considerevole, che esaminati al microscopio, si presentano costituiti da un reticolo di filamenti, alcuni dei quali sinuosi, ed all'estremità portano un rigor-famento cilindrico.

I tentativi fatti per ottenere le culture di questa specie microbica hanno dato risultato positivo; però, l'autore per lo studio dei caratteri biologici di questo actinomyces, ne farà argomento di altro lavoro, che ha di già iniziato (*Policlinico*, n. 1, 1897).

Vajana

SPOGLIO DEI PERIODICI INGLESI

« The Lancet », 9 gennaio 1897.

1. Sulla propagazione della Peste—Giacomo Cantlie, si occupa di varie importanti questioni sulla Peste.

Egli distingue 8 varietà di 'Peste: la fulmi-

nante, la tipica e la pestis minor.

La causa delle prime due varietà è un diplobacterium che si trova nel sangue e nei tessuti; la causa della pestis minor può essere lo stesso microrganismo, con un potere tossico minore; questo fatto però non è ancora assodato.

Un nome adatto per la peste fulminante e per la tipica è quello di « poliadenite maligna »; per la pestis minor è adatto il nome di poliadenite

banigna.

La peste può propagarsi sia per messo della polvere, che si solleva con lo spassamento delle case, abitate da individui infetti, sia per con-

tagio diretto.

In quanto alla sua distribuzione, si deve notare che essa è limitata in una area ben definita dell' Asia, che ili questi tempi è la Mesopotamia con le contrade adiacenti; dalla Mesopotamia può estendersi al nord fino al mar Caspio, ad ovest sino al mar Rosso, al sud fino a Bombay ed all'est fine ai mar della China.

Durante il presente secolo, la peste ha mostrato una diminusione di virulensa all'ovest ed un au-

mento all' est.

II. Nota sui calcoli vescicali. K e e s a n occupandosi della litolapassi nelle donne, riferisce 20 casi di calcoli vescicali, in 18 dei quali fn eseguita con pieno successo la litolapassi.

Egli reputa infine questa operazione superiore a tutti gli altri metodi, proposti per l'estrazione

dei calcoli.

III Un caso di idrocefalo adulto curato con le operazioni sopratentoriale e sottotentoriale, Gordon,—L'idrocefalo interno negli adulti, facendo astrazione del caso, in cui sia prodotto da una meningite acuta, è causato, quasi sempre, da un tumore subtentoriale, ordinariamente per la compressione che questo esercita sia sulle vene di Galeno, sia sulle venuzze, che escono dai ventricoli laterali o per qualche altra causa alcune volte un poco incerta.

Ne segue che, per togliere l'idrocefalo definitivamente, il tumore o deve essere asportato o deve essere arrestato nel suo sviluppo.

L'autore riporta un caso, in cui fu fatta diagnosi di tumore intracranico, certamente subten-

toriale, e con molta probabilità della parte anteriore ed inferiore del cervelletto; esisteva, inoltre, nell'infermo, di cui si occupa l'autore, un idrocefalo notevole e progressivo.

Fatta la trapanazione della teca vertebrale, in un punto sopratentoriale, non si ebbero risultati positivi; al contrario scomparve ben presto l'idrocefalo con la trapanazione subtentoriale.

IV. Sullo sdoppiamento del secondo tono. Phear si occupa dello sdoppiamento del secondo tono e di un altro fenomeno, simile ad esso, il quale consiste nell' interposizione di un altro tono, di meccanismo dubbio, prima del secondo.

Le condisioni, in cui può aver luogo uno sdoppiamento genuino del secondo tono, sono numerose; esse sembrano dipendere da un alterato rapporto fra la pressione polmonale e l'aortica.

Una alta pressione polmonale è spesso accompagnata da questo fenomeno, che è così un sintoma molto comune della stenosi della mitrale, della insufficienza mitralica e delle altre condisioni, in cui il passaggio del sangue a traverso i polmoni è ostacolato.

L'autore riferisce, infine, due casi che hanno rapporto con le questioni di cui si occupa. V. Il bacillo dello smegna. Grünbaum de-

V. Il bacillo dello smegna. Grünbaum descrive i caratteri più importanti di questo bacillo, e i diversi mezzi di cultura.

VI. Ascesso cerebellare in seguito ad inflammazione della mastoide. Brook e Ridley riferiscono un caso di ascesso cerebellare in un giovanotto a 14 anni, il quale aveva sofferto per un certo tempo di otite e mastoidite.

Morto l'infermo, si osserò alla necroscopia una raccolta purulenta nella porzione anteriore ed esterna del lato destro del cervelletto.

VII. Asportazione di una ciste ovarica. Bu tle r-S m y the riporta questo caso, specialmente per un fatto, che egli ritiene non tanto facile a verificarsi. Si trattava di una ciste ovarica, la quale si era estesa tra l'utero e la vescica, staccando completamente il peritoneo dalla superficie anteriore del corpo dell'utero.

VIII. L'infezione insidiosa del midollo nel carcinoma della mammella. Sino wi richiama l'attenzione sulle lesioni del midollo delle ossa, secondarie al carcinoma della mamella.

Parla della loro frequenza, del meccanismo dell'infezione, dei sintomi, della diagnosi e della anatomia patologica di queste alterazioni, le quali ordinariamente sfuggono ad una ordinaria necroscopia.

IX. Statistica delle amputazioni eseglte al «Temperance Hospital» di Londra. Collins riferisce le amputazioni da lui eseguite in quell' ospedale sin dal 1888. Esse furono 75, di cui una sola seguita da morte; 59 vennero eseguite per malattia e 16 per accidenti traumatici.

Il caso fatale avvenne per l'amputazione di una coscia a causa di un sarcoma del cavo del

garretto.

X. Demensa di origine scolastica. Harris-Siston parla delle alterazioni mentali, che possono essere prodotte da varie condisioni, le quali si verificano ordinariamente nelle scuole.

Cita il caso di un giovanotto, il quale presentò per vari anni, degli attacchi di demensa per avere ricevuto da un compagno dei colpi sulla testa, i quali, pur non portando alcuna lesione apparente, determinarono delle modificazioni molecolari nel cervello.

Greco

NOTIZIE

La temba di Paste ur

La temba, eve non ha guari, sono stati seppelliti definitivamente i gleriosi avanzi del grande Paste ur, é stata costruita nel fondo di un lungo corridoio, posto nel locali stessi dell' Istituto, da lui fondato.

Essa è stata costruita sullo stile della celebre tomba di Galla Placidia, sorella di Teodosio il Grande, esistente a Ravenna.

Il mausoleum è chiuso da splendide porte di ferro de corate in mosaico, su fondo d'oro.

Nel messo di esse, si legge la seguente iscrizione. « Qui riposa Pasteur » ed ai due lati son poste le date della sua mascita e della sua morte (1822 e 1835).

Nell'interno del mausoleum, si trova la cripta, formata da quattro archi, che sorreggono una cupola; in essa si accede per messo di nove gradini di marmo bianco.

Il pavimento della cripta è fatto di pessettini di marmo, disposti a mocaico, in modo da rappresentare dei grossi rami di alloro.

Gli archi sono collocati su quatto gruppi di colonne, ognuno dei quali ne contiene tre, di cui due sono di porfido verde ed uno di porfido rosso, con capitelli bisantini di marmo bituco.

Le pareti della cripta sono rivestite da un marmo di colore crema, con delle venature nere; in esse sono stati eseguiti bellissimi mesaici.

Alcuni di essi rappresentano degli uccelli, dei buoi, delle pecore, dei cani, i quali animali servono per tener vive nella memoria dei visitatori alcune delle principali scoperte del Pasteur: gli studi, cioè, sul colera dei polli sull'antrace, sul vaccino e sulla rabbia.

Vi sono inoltre disegnate delle foglie di luppolo, di uva e di gelso, con dei vermi da seta, per ricordare le sue ricerche sulla fermentazione del vino e della birra e sulle malattie dei vermi da seta.

Ad indicare poi che il Paster era un devoto cattolico romano e nel tempo stesso un cultore amoroso degli studi scientifici, sono anche rappresentate, nei mo-

saici, le figure angeliche della Fede, della Speranza, dalla Carità e della Scienza.

Negli archi, inoltre, sono state poste della iscrizioni, le quali ancora meglio dei disegni, servozo a ricordare le principali scoverte del sommo scienziato.

Esse sono le seguenti:

1848

Dissimetria molecolare
1857

Fermentasioni

1862

Generationi dette spontanee 1868

Ftudt sul vino

Malattie del verme da seta 1871

Studt sulla birra

1877

Malattie virulente

1880

Virus vaccinico

1885

Profilassi della Rabbia

Nel centro della cripta è stato collocato il sarcofago, il quale è formato da un sol pesso di possido verde-souro.

Al di dietro di esse si trova una cappella absida le, contenente un altare di marmo bianco, chiuso da una balaustrata dello stesso marmo.

Nell'abside vi sono le seguenti iscrizioni:

« Felice colui che porta' in sè un Dio, un idaale di bellezza e che g'i obbedisce—ideale dell'arte, ideale della scienza, ideale della patria, ideale delle virtù del-Evangello ».

«Questo monumento fu elevato nel MD(XXXVI alla memoria di Paste ur dall'affetto della sua vedova e dei suoi figli. Carlo Luigi Girault compose l'architettura e la decorazione e diresse i lavori; Luca Oliviero Merson disegnò le figure della cupola. Augusto Guilbert Martire eseguì i mosaici».

Al di sopra dell'altare è disegnato nella cupola un colombo rappresentetan lo Spirito Santo ed, ai due lati di essi, son poste le due lettere greche $A \in Q$.

Nell'interno della cripta, infine, la luce penetra da alcune lastre di onice orientale, poste alla sommità della cupola.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC:ARONE:

Tipografia della Biforma Medica

Scantario.-1. Riviste sintetiche. I centri vasomotori nel bulbo dell'uomo. — 2. Lavori originali. Ospedale civile di Badia Polesine (Reparto medico). - Splenomegalia primitiva con epatite interstiziale flaccida, pel dott. Giuseppe Finzi. - 8. Società scientifiche. - 4. Le Cliniche francesi. Ospedale della Carità di Parigi (prof. Potain). Gli edemi nervosi ed artritici. - 5. Spoglio dei periodici inglesi.

COLDER AND END AND END

RIVISTE SINTETICHE

I centri vaso-motori nei bulbo dell'uomo

L'ipotesi di un centro vasomotore nella midolla allungata dell'uomo, non ha avuto sinora alcuna base su reperti anatomici sicuri,ma èdovuta a considerazioni teoretiche ed a conclusioni, che si sono ricavate dai risultati di varie esperiense. A questa ipotesi si credette che dessero molta base le ricerche istituite da Claudio Bernard nei conigli, ledendo la base del quarto ventricolo, in seguito alle quali si avea iperemia del fegato ed eliminasione di succhero con l'urina; ma le ricerche di Bernard non autorissano a stabilire nel pavimento del 4º ventricolo il centro dei vasomotori del fegato, perchè, come nota v. Wittich, ne Bernard, ne Eckhard, hanno determinato dove essi pungevano il pavimento del 4º ventricolo e molto meno fecero delle esatte ricerche microscopiche.

Ph. Owsjannikow si occupo di ricerche sui centri tonici e riflessi dei nervi dei vasi e formulò nel modo che segue i suoi risultati: i punti da cui dipende l'eccitazione dei nervi vasali nei conigli, sono posti in uno spazio avente il limite superiore ad 1.2 millim. al disotto dei tubercoli quadrigemelli ed il limite inferiore a 4-5 mm. al di sopra del calamus scriptorius. Nella direzione da sopra in sotto occuperebbero quindi. i punti eccitabili, uno spazio di circa 4 mm., e sarebbero posti un pò lateralmente alla linea mediana. Dittmar confermò in generale le os servasioni di Owsjannikow, e trovò che il limite inferiore del così detto centro vasale della midolla allungata è a circa 3 mm. al di là della punta del calamus scriptorius, e che il limite superiore sta quasi al margine superiore del corpo trapezoide. Da ulteriori ricerche conclude Dittmar, che i nervi vasali decorrono nei cordoni laterali della midolla spinale. Istologicamente sembra che nell' nomo la regione, che corrisponde al centro vasomotore stabilito da Ditt mar nel coniglio, stia all'altesza dell'uscita del facciale, in cui si trovano grosse cellule gangliari multipolari, che sono state più volte descritte senza assegnare loro un ufficio speciale.

L'adoperare senz'altro i risultati delle ricerche sperimentali per la questione della localizzazione del centro d'innervazione vasale nel balbo dell'uomo, specialmente quelli di Dittmar,

pensare, tanto più quando si rifletta, che Dittmar stabilisce, in seguito alle sue esperienze sui conigli, quale sede dell'eccitabilità vasale riflessa nell'uomo, il nucleo inferiore diffuso della oliva superiore, il quale, secondo Kölliker. è costituito da un accumulo sparuto di sostanza grigia e non ricorda nemmeno da lontano le belle immagini, che esso dà in certi mammiferi (cane, gatto).

Secondo le ricerche di Edinger, l'oliva superiore appartiene principalmente al territorio

dell'acustico.

Stando così le cose non è giusto generalizzare i dati di Dittmar ed è più ragionevole impiegare i risultati dell'indagine olinica ed anatomo-patologica per la ricerca della localizzazio. ne del centro vasomotore nell'uomo. Sotto questo riguardo, la via da seguire è la patologia sperimentale, e le ricerche di Bernard possono bene impiegarsi per i possibili distarbi centrali vaso-motori. Da questo punto di vista potrebbe essere utile un'esatta considerazione del diabete, non curando le altre forme del medesimo, com-

il diabete pancreatico.

v. Frerichs in due casi di neoplasie svoltesi negli organi nervosi centrali trovo diabete. Nel 1º caso si trattava di fibromioma avente sede nel vago destro, e che sollevava il pavimento del 4º ventricolo, ed in cui era solamente da notarsi una dilatazione diffusa regolare e simmetrica di tutte le piccole vene e di tutti i capillari della midolla spinale: nel 2º caso trattavasi di una solerosi del sinus quartus, la quale in forma di piastra gialla e lunga si estendeva a destra dalla parte media dell'oliva sino al ponte. In questi due casi osservò v. Frerichs costantemente una forte dilatazione dei capillari, accompagnata da dilatazione degli spazi perivascolari, ai quali ultimi v. Frerichs non da molta importanza. In un caso designato da Frerichs come tipico, trovò egli microscopicamente un gran numero di emorragie puntiformi, sino a raggiungere il volume della testa di uno spillo, che aveano specialmente sede nel peduncolo cerebellare superiore sinistro, in parte anche nel rafe e nel confine inferiore del nastro di Reil. Le emorragie divenivano più rare a misura che si andava verso il bulbo.

In tutti i punti le emorragie erano di data recente. Inoltre non trovò v. Frerichs alterazioni infiammatorie delle cellule gangliari.

A questa osservazione v. Frerichs ne fa seguire un'altra, in cui erano dimostrabili, oltre alla dilatazione vasale, piccoli focolai mielitici giacenti in vicinanza dei vasi enormemente distesi. Un caso di Michael parrebbe a prima vista adatto per l'etiologia del diabete mellito, poiche in esso si trovò un cisticerco nel 4º ventricolo e la eliminazione di glucosio con l'urina era stata considerevole e della durata di sei mesi, ma la esatta ricerca microscopica diede per risultato, che il tessuto del bulbo non era affatto alterato, sia in riguardo alla sua struttura grossolana, come pure sotto il punto di vista della che ha fatto le ricerche più esatte, da molto a condizione dei singoli elementi nervosi, in guisa

che da questo caso non è dato poter trarre conclusioni sul cosiddetto locus mellituricus.

K. Wille in un suo lavoro « Sui cisticerchi nel 4º ventricolo » non dà ricerche istologiche e quindi i suoi risultati non possono giovarci nel determinare la localizzazione del centro vaso motore. A. Stieda, nel suo lavoro « Contributi casistici alla patologia del 4º ventricolo » riferisce anzitutto un caso in cui si trattava di un cisticerco racemosus del 4º ventricolo, ed in cui,nonostante forti alterazioni nel pavimento di detto ventricolo, non erano stati notati sintomi di diabete mellito. In un altro caso di psammoma del tentorium cerebelli trovò invece Stieda intatto il bulbo e sintomi di diabete insipido. Infine Stieda mette tra questi due casi un terzo, il quale era decorso senza sintomi clinici ed alla sezione si trovò un glioma del 4º ventricolo, con piccole emorragie nel cervelletto. A spiegare la mancanza di diabete mellito nel primo caso di Stieda e la presenza del medesimo nel caso di Michael, in cui le alterazioni non erano rilevanti ed inoltre a delucidare la presenza del diabete insipido nel secondo caso di Stieda. in cui non fu dimostrabile alcuna alterazione istologica, potrebbe pensarsi alla diversità dei casi in riguardo allo sviluppo più o meno lento, più o meno celere ed alla diversa estensione dei fattori che restringono tale spazio ; e si può coneludere, che per il diabete cerebrale non si trovano d'accordo i fatti sperimentali coi reperti anatomici.

G. Reinhold (Doutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, Bd. 10, Heft 1 n. 2, 1897) comunicò tre casi di glucosuria e di disturbi vasomotori, osservati nella Clinica psichiatria di Friburgo, nei quali trovò tanto macroscopicamente che microscopicamente alterazioni nel pavimento del 4º ventricolo, la cui localizzazione lasciava riconoscere un determinato tipo e forniva un punto di appoggio per l'esistenza di un centro vaso-motore nel bulbo dell'uomo. R e i n h o l d ha delimitato esattamente il centro vasomotorio e lo ha posto nella ala alba, immediatamente al disotto dellestrie acustiche.

Bisogna adesso vedere se i rapporti, anatomici dati, permettano di porre qui la sede di un così importante centro. La fina anatomia di questa regione è stata, come sa osservare Kölliker, da lungo tempo negletta, e primo fra tutti Schutz ha rivolto la sua attenzione alle masse di fibre, che giacciono nell'ependima e sotto il medesimo. Infatti, immediatamente al di sotto dell'ependima del 4º ventricolo si nota un fitto intreccio di fibre midollari sottili, che nei distretti caudali, ricopre quale spazio limitante i nuclei e specialmente il nucleo dell'ipoglosso. Negli adulti non è possibile col metodo di Weigert o di Pal, stabilire un limite tra le fibre dello spazio limitante ed il vero intreccio di fibre dei nuclei nervosi, e questo fatto proverebbe, potendo seguirsi lo spazio limitante più in là dell'altezza a cui giunge il nucleo dell'ipoglosso, che esso è una formazione che non ha rapporto con questo nucleo.

All'altezza, in cui sta il nucleo triangolare dell'acustico, può solo limitarsi con sicurezza lo intreccio fibroso alle fibre, che attorniano il nucleo fun. teretis. Scomparso il territorio dello acustico l'intrecció di fibre assume uno sviluppo maggiore e contemporaneamente viene esso verso la parte ventrale meglio delimitato dai fasci del fasciculus longitudinalis dorsalis (Kölliker) e dai tratti di fibre, che decorrono lateralmente a quest'ultimo, cioè prima da quelle del facciale e poi dalla radice incrociata del trigemino. In vicinanza delle strie acustiche, la sostanza grigia del ventricolo aumenta in spessezze, e poi diminuisce un poco verso il confine del centro vasomotore, in cui essa raggiunge la maggiore scarsesza. Lateralmente si può constatare anche una diminuzione in spessezza dell'intreccio di fibre e qui potrebbe delimitarsi il confine relativo al territorio di sostanza grigia del ventricolo, cioè nella regione appartenente alle parti laterali del quarto ventricolo, nel trigemino, ecc. Nel centro vasomotore stabilito da Reinhold, è stata osserva ta dal medesimo la presenza di elementi morfologici.

Vediamo adesso, se ed in quale maniera concordino i risultati delle esperienze sugli animali col centro vasomotore designato da Reinhold. Osservando le figure date da Cl. Bernard si vede subito, che il locus mellituricus nei conigli ha relativamente un'estesa superficie. Egli ed Eckhard t dicono espressamente, che per aversi la glucosuria devono essere distrutti i punti più profondi della midolla, ma non indicano quali speciali distretti del bulbo diano luogo all'attività vaso-motoria; poichè è senz'altro chiaro che nelle punture profonde e fatte in diversi punti del quarto ventricolo possono essere colpite tutto le regioni del bulbo. Quindi dalle esperienze di Bernard non si può dedurre quali elementi del bulbo siano distrutti, quando insoge gluco. suria, ed inoltre non dà egli una ricerca microscopica sull'estensione delle lesioni sperimental-

mente prodotte.

Delle esperienze di Owsjannikow, e di Dittmar, si può dire, che esse sono relativa mente grossolane e non paragonabili all'azione di piccole emorragie; ma dalle loro ricerche si può in certo modo dedurre, che il centro vasomotore deve risiedere nel quarto ventricolo. Inoltre per la diversità morfologica del 4º ventricolo del coniglio e dell'uomo, non si possono le ricerche sperimentali impiegare per la spiegazione dei disturbi vasomotori che si hanno nell'uomo.

Owsjannikow incorre in quest'errore ed ammette, che il centro tonico vasale abbia sede nelle parti posterlori del bulbo, cioè in vicinanza del pavimento del 4º ventricolo. Dittmar ammette pure in seguito ad osservazioni fatte sull'uomo, che in generale il reperto anatomico degli animali (conigli) trova la sua base nella patologia umana. Il caso comunicato da Michael prova soltanto, che la compressione esercitata dal cisticerco sul pavimento del quarto ventricolo, e quiadi anche sul centro vasomotore, produce diabete. Secondo le misure date da Michael giaceva il tumore nel punto in cui secondo Reinhold, il centro vasomotore mo

strasi più esteso in superficie.

La monografia di v. Frerich s contiene una serie di osservazioni cliniche con corrispondenti reperti anatomici. In essa è detto di un caso, che addimostro nell'urina la presenza di 0,5 % di succhero e che mori dopo un giorno ed in cui all'autopsia si trovò una grande emorragia nel talamo ottico di sinistra e nel peduncolo cerebrale con penetrazione del sangue in tutti i quattro ventricoli sino alla perzione superiore del canale centrale della midolla.

In un altro caso di apoplessia, in cui lo zucchero nell'urina intra vitam era 0,69 olo. si noto insieme ed altri focolai uno atravaso superficiale

sotto l'ependima del 4º ventricolo.

In un caso in cui la malattia durò 11 giorni e l'urina conteneva 1,08 o di succhero, furono oeservate alla sezione emorragie nei ventricoli ed un grosso coagulo nel 4º ventricolo la cui parete era rammollita ed arrossata. Casi simili , in cui la parete del 4º ventricolo era alterata, adduce v. Frerichs. Tra 26 casi di diabete riferiti da v. Frerichs sono degni di mensione due soli, i quali nel loro reperto mostrano grande somiglianza con quelli comunicati di Reinhold.

In uno di questi casi la durata della malattia fu di 7 mesi ed alla sezione si trovarono nel pavimento del 4º ventricolo quattro piccoli e rotondi stravasi di sangue della grandezza circa di una testa di spillo, di cui uno avea sede nel calamus corrispondentemente all'estremità superiore dell'ala cinerea destra (nucleo del glosso-far ngeo e vago); un secondo giaceva a sinistra al disopra delle strie acustiche, il terzo era posto nel territorio del nucleo dell'abducens e del facciale, l'ultimo e più grosso si trovava nei prolungamenti inferiori del locus coeruleus. Inoltre erano da notarsi in questo primo caso emorragie puntiformi nei due nuclei del vago e vecchie cisti emorragiche. Nel secondo caso di diabete della durata di anni 2 e mesi tre, si constatò alla sezione iperemia del fegato e dei reni e parecchi stravasi sanguigni nel pavimento del sinus quartus ed inoltre a destra nella regione del nucleo interno dell'acustico una macchia bruna e alla distanza di 3 mm. dalla linea mediana due macchie pure brune, della grandezza di un seme di papavero. Microscopicamente furono notati in questo caso dentro il nucleo interno destro dell'acustico tre piccoli focolai emorragici, che andavano a confinare col nucleo dell'abducens. Un altro gruppo di piccole emorragie trovavasi nell'angolo del 4º ventricolo. L'ependima del 4° ventricolo era fortemente inspessito e provvisto di proliferazioni papillari.

Un caso, riferito da v. Reckling hausen, di diabete mellito e di tumore del 4º ventricolo conferma ancora più che il centro vasomotore è localizzato nelle parti più superficiali del bulbo. Il tumore partente dal plesso coroideo non era aderente al pavimento del 4º ventricolo ma pigia-

va sul medesimo.

Altri casi simili di tumori partenti dal plesso

coroideo e con simili manifestazioni cliniche hanno comunicato Lionville, Reimer, Weichselbaum e Grossmann. Nel caso riferito da Grossmann si trattava di un sarcoma della base del cervello, ed egli ritenne il diabete sintomatico, e scrisse « poichè la neoformazione danneggia quelle provincie cerebrali, che secondo le ricerche sperimentali di C. Bernard causano diabete, così può ritenersi nel mio caso il

diabete di origine cerebrale. .

Un caso similmente istruttivo venne pubblicato da David Drummond. Si trattava di un ragazzo dell'età di anni 7, che avea ricevato un colpo sulla testa e d'allora in poi aveva sofferto cefa'algia, debolezza, sete e glucosuria. Alla sezione si trovò un piccolo versamento di sangue nel pavimento del 4º ventricolo e granulazioni nell'ependima del medesimo. Dutrait comunica un caso di un individuo, che fu ammalato per circa sei mesi, ed il quale oltre ai sintomi di una emiplegia, di completa paralisi del facciale, di favella interrotta, di diminuita sensibilità in ambo i lati, mostrava anche albumina e succhero nell'urina. Alla sezione di questo caso si riscontrò la presenza di una cavità estesa sotto il pavimento del quarto ventricolo, nel ventricolo stesso un coagulo sanguigno in dipendenza della detta cavità ed ateromasia delle arterie cerebrali. Ollivier in 12 casi di emorragia cerebrale, che nou avea sede nè nel pavimento del 4º ventricolo nè nel peduncolo cerebrale, osservò nell'urina la presenza di albumina e di zucchero. che vi durò sino a 12 14 ore dopo l'attacco. La quantità eliminata di albumina e di zucchero era in dipendenza della estensione dell'emorragia e della sede di quest'ultima più o meno lontana. più o meno vicina al bulbo. Inoltre potè Olli vier constatare un abbassamento non trascurabile della temperatura del corpo. L'alterazione nella sostanza grigia del 3º e 4º ventricolo descritta da Wernicke sotto il nome di poliencefalite acuta emorragica, giungeva in due casi sino alla regione delle strie acustiche, nel terzo ed ultimo caso si estendeva la lesione un pò più all'ingiù. Wernicke non osservò in questi tre casi disturbi vasomotori ne anomalie nell'urina. Le mcke descrive un caso di abbassamento della temperatura del corpo sino a 28º, in cui alla sezione si trovò una emorragia recente posta a 8 millim. a sinistra della linea mediana ed a circa 1₂ mm., sotto il pavimento del 4º ventricolo. La altezza di questa emorragia era di circa 4 mm. ed andava dalla parte media dell'oliva sino all'apice dell'ala cinerea. Intra vitam non furono osservati in questo caso nè disturbi vasomotori, ne albuminuria, ne glucosuria, ma anartria, disfagia e disturbi della respirazione. L'emorragia sopra detta era posta lateralmente e al di sopra del nucleo del vago ed un pò al di sotto del tronco superiore del n. acustico.

Tutto all'intorno del focolaio, specialmente al lato sinistro, trovavasi dilatazione vasale ed iperemia. Lemcke ritiene questo caso come un caso di paralisi bulbare apoplettiforme con un nuovo sintoma cioè coll'abbassamento della tem peratura, e crede, che la località della lesione stia in nesso intimo con la sede del centro termico. Re i n h o l d osservò anche in due dei suoi casi, considerevoli oscillazioni della temperatura il che convalida l'ipotesi di Lemcke. Re in h o l d precisa ancora più la sede del centro termo regolatore ponendolo nella sezione caudale del pavimento del 4º ventricolo.

Tutti questi casi sono adatti a comprovare ancora più la giustezza delle vedute di Re i nhold, che ammise una posizione superficiale del centro vasomotorio.

Helweg, volendo provare che il centro vasomotore ha sede nel bulbo, credette, che la psicosi osservata in un caso, fosse da attribuirsi ad un disturbo vasomotore, ma nella storia dell'ammalato mancava ogni notizia di disturbi vasomotori.

In un altro caso, in cui esisteva una piccola emorragia nel pavimento del 4º ventricolo, immediatamente al di sotto del processus cerebelli ad cerebrum, credette Helweg di poter sostenere l'esistenza di un disturbo vasomotorio determinato dall'emorragia e manifestantesi clinicamente con un disturbo mentale, il che era completamente ipotetico e non avea base anatomica. Nessun altro caso esiste nella letteratura, che confermi l'ipotesi di Helweg, che le vie nervose vasomotrici decorrano nella parte laterale del segmento e' nell'oliva superiore.

I casi osservati da Reinhold facevano ammettere, con molta verosimiglianza, sin dal principio, lapresenza di disturbi centrali vasomotori. con cui concordano i risultati delle ricerche anatomiche. In tutti i casi osservò Reinhold sintomi generali distrofici, che additavano un disturbo dell'attività vasomotoria, ed alterazioni emorragiche negli organi interni; ecchimosi sotto la capsula della milza, considerevole emorragia nella mucosa dello stomaco, del colon e del tenue. Assai interessante fu anche il modo di comportarsi del fegato per la glucosuria osservata da Reinhold in due dei tre casi da lui riferiti, nei quali all'autopsia si trovò una colorazione rosso-bruna caratteristica dell'iperemia epatica. Tanto nel primo che nel secondo dei casi di Reinhold, la glucosuria fu facile metterla in relazione con le emorragie esistenti nel quarto ventricolo. Nel terzo caso di Reinhold si potè spiegare l'assenza di glucosio nell' urina per la iperemia estesa, trovata alla sezione, di tutti gli organi addominali, la quale, com'è noto, impedisce il passaggio dello zucchero nell'urina nonostante la puntura del quarto ventricolo, come osservarono Cl. Bernard e Meynert, i quali spiegarono questo fatto col ritenere, che l'iperemia generale dell'addome impedisce nel fegato lo stabilirsi di una iperemia sufficiente e capace di dare luogo alle con eguenze chimiche del diabete da puntura. Tale spiegazione non può essere adatta per il terzo dei casi osservati da Reinhold, in cui le considerevoli alterazioni della midolla spinale e le emorragie e degenerazioni dei fasci radicolari fuoriuscenti lasciano pensare

ad una alterazione corrispondente dello splanonico cosa che fu resa verosimile dalla presenza di processi simili in altri nervi periferici.

Reinhold non assevera, che il centro vasomotorio è esattamente limitato nella sua estensione nel modo che egli lo determina, ed inoltre non ammette, come fanno Dittmar ed Helweg, un centro vasale riflesso ed uno tonico: crede invece che il centro dei vaso-motori si trovi in condizioni normali in uno stato di eccitazione tonica, e che può essere stimolato direttamente ed indirettamente. In riguardo alla connessione del centro vaso-motore con la periferia, Reinhold, sulla base dei reperti anatomici della midolla spinale, ammette l'esistenza di vie centrifughe, che decorrendo in maniera diffusa accanto alle fibre ascendenti, danno nei focolai centrali degenerazioni simili a quelle da lui riscontrate.

Infine Reinhold non possiede ricerche proprie sulla connessione del entro vaso motore con altre parti del cervello e con la corteccia cerebrale, soltanto Schütz dice sul riguardo che dalla sostanza grigia del ventricolo partono fibre, che vanno ai vari territori cerebrali al talamo ottico e specialmente alla sostanza grigia del 3º ventricolo.

Soagliosi

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI BADIA POLESINE. — SPLEMOME-GALIA PRIMITIVA CON EPANITE INTERSTI-ZIALE FLACCIDA, per il dot. Giuseppe Finzi.

(Cont. e fine. — Vedi num. prec.)

Nell' idea di sollevare l'infermo, il 5 luglio, ricorsi alla paracentesi addominale, estraendo soltanto quattro litri di un liquido sieroso citrino Dopo la paracentesi la palpazione del ventre permise di avvertire la resistenza del fegato, il cui margine anteriore inferiore si nascondeva dietro l'arcata costale destra, e posteriormente un rumore di sfregamento come di cuoio nuovo, che si poteva palpare e ascoltare dalla 10ª alla 12ª costola, seguito talora da un rumore come di goccia cadente. I fatti sovraesposti non potevano lasciare dubbio di una partecipazione del fegato alla malattia: al tumore splenico si erano aggiunta una epatite con periepatite e pleurite. L'8 luglio ricrescinto il liquido nell'addome, ogni rumore scomparve. All'edema degli arti inferiori si aggiunsero edema del pene e dello scroto. Il 12 dello stesso mese si praticò un'altra paracentesi addominale estraendo sei litri di liquido. Il versamento della

pleura non subl alcuna diminusione, anzi il 14 luglio risali fino alla spina acromiale, cagionando notevole dispnea.

Con la toracentesi a mezzo dell'aspiratore del Pota in si estrassero 750 cc. di liquido sanguinolento. Ripetuto l'esame del sangue il 15, si trovò l'emoglobina discesa a 60 °[o e, come si disse, nessuna alterazione nel rapporto numerico tra globuli bianchi e rossi. L'urina scarsa faceva rilevare lieve a'buminuria, copiosa urobilinuria, urea in quantità di 22 gr. per litro. Altre paracentesi di sei litri si ripeterono il 25 luglio, il 9 e 15 agosto.

Nella pleura destra il liquido si riprodusse e si rivelò di nuovo sanguinolento con una puntura di saggio. Sopraggiunsero infine diarrea, poi meteorismo con forte dolore epigastrico, smania e depressione delle forze cardiache, che malgrado iniezioni ripetute di canfora andò crescendo fino al meriggio del 18 agosto, in cui l'infermo venne a morte.

La mattina del 20 agosto, presente il dottor Antenore Nizzoli di Masi (provincia di Padova), procedetti alla necroscopia del Romanin, i cui risultati riferisco sommariamente.

Peritonite fibrosa circoscritta alla regione iliaca sinistra (ai contorni dei fori delle paracentesi). Grande omento inspessito. Fegato di volume diminuito (*[s] circa del normale), d'aspetto granuloso, di color roseo-grigio, di consistenza flaccida e come cascante.

La capsula epatica è iuspessita; la superficie di sezione giallo-rossastra, d'aspetto granuloso, con noduli della grandezza di un miglio a un cese, tra i quali sono visibili tratti bianchi di tessuto connettivale; ristretti in generale sono i rami portali, pervio il condotto venoso d'Aranzio, (ciò che spiega la mancata comparsa del caput Medusae (1)). Cistifellea vaota con pareti bianche e spesse. Milza del peso di circa kilogr. 3, di volume quasi otto volte il normale, a bernoccoli superficiali, di consistenza duro-legnosa, con capsula grigia, inspessita, e superficie di sezione color rosso-vinoso, percorsa da trabecole bianche connettivali ; su essa spiccano tre grandi aree gialle di forma triangolare contornate da un orlo rosso-vivo con base curvilinea alla periferia del viscere. Reni di grandezza poco superiore alla

norma con sostanza corticale aumentata di spessore, specie tra le piramidi, rosco gialla (per degenerazione grassa), in alcune delle piramidi si notano strisce grigie, (degenerazione amiloide dei tubuli). Infine pleurite emorragica destra, e versamento sanguigno bilaterale.

L'esame istologico della milza fece notare iperplasia degli elementi splenici, poco riconoscibili i follicoli malpighiani e gittate di tessuto
cellulo fibroso attraversanti la polpa splenica; le
aree triangolari giallastre apparvero come infarti gialli costituiti da fibrina e contenenti qua e
là corpuscoli rossi; l'orlo rosso-vivo degli infarti
era causato da emorragie.

L'esame istologico del fegato dimostrò notevole iperplasia connettivale in taluni punti in via di formazione (infiltrazione parvicellulare), in parecchi altri più avanzata, senza che però fosse evidente dapertutto la struttura fibrosa, che mancava ansi nel messo di molti sep menti connettivali. Questa iperplasia era di origine periportale e accompagnata da proliferazione dei vasellini biliari. La proliferazione connettivale era dove polilobulare, dove monolobulare e non si estendeva entro i lobuli epatici; solo entro qualche raro lobulo si notava infiltrazione parvicellulare tra le cellule. I lobuli apparivano quasi dovunque degenerati con cellule in istato di degenerazione granulograssosa e nucleo non più colorabile: scarse erano le cellule bene conservate, talune occupate da fini granuli di pigmento giallo aranciato.

La storia del Romanin non lascia, mi pare, alcun dubbio su ciò, che egli fosse affetto da spleuomegalia primitiva, cui più tardi si aggiunse una cirrosi epatica. È io sono propenso a classificare il caso come malattia di Banti, quantunque il Romanin sia stato soggetto a febbri da malaria prima dello sviluppo della malattia, mentre la diagnosi di male di Banti presuppone la esclusione delle ordinarie cause della ipertrofia splenica, quali la sifilide, la malaria, la tubercolosi (1).

Però anzitutto non è dimostrato che le febbri, che affissero nell'ultimo anno il Romanin, fossero di natura malarica, che anzi e le cure antiperiodiche riuscirono vane, e negativa riusci la ricerca del plasmodio della malaria.

D'altra parte i caratteri anatomo-patologici, della milza e del fegato riscontrati nel mio caso

⁽¹⁾ Nel trattato di Charcot e Bouchard, vol. III, parte 2º nel capitolo Malattie del fegato e delle vie biliari, pag. 419 lo Chauffard nota che il canal venoso d'Aransio può restare pervio; così avvenne nei casi di Burowedi Leyden.

^{(1) «}Riforma Medica» a. X (1894) vol. III, p. 145, La splenomegalia primitiva ed anemia splenica.

non sono quelli descritti come propri della malaria cronica (1).

Nella milza non si riscontrarono vasi dilatati, mentre il fegato presentava estesa ed avanzata degenerazione delle cellule epatiche e abbondante proliferazione, sebbene non avanzata, del connettivo interlobulare; infine tracce di melanosi non si rilevarono sia nel fegato che nella milza. Per questo penso, che le febbri tenessero all'anemia splenica e che il caso del Romanin originatosi forse in relazione coll'influenza sia da riferire alla forma morbosa descritta dal Banti (2), torma già conosciuta dallo Strümpell e al cui studio contribuirono il Debove (8), Bruhl, (4), Maragliano, Tonelli, Silva (5), Galvagni (6), West (7) e Cavazzani (8).

Il mio caso si ravvicina a quelli di Strumpell, di Banti, di Silva, dove si rilevò cir rosi epatica a differenza che in altri (ad esempio quello del Galvagni) dove si riscontrò il fegato aumentato di volume. Però dove si fece autopsia si rinvenne pur sempre epatite interstiziale; per il che in ultima analisi la malattia di Banti si può considerare come uno stadio avanzato della forma già descritta dal Debove, Bruhl, ecc., senza che necessiti costituirne una entità morbosa a parte.

Noto poi che mentre il Bant i e altri trovarono nel fegato la cirrosi di Laënnec, altri
riferisce che eccezionalmente si trova un vero
processo cirrotico (9); e così fu nel mio caso, dove, come si disse, la cirrosi era flaccida, e che
moltissimo si ravvicina a quello descritto dal
Mazzotti, come caso di cirrosi flaccida; in questo pure la splenomegalia precedette l'alterazione
epatica, e malgrado la pregressa malaria si trovò che la forma cirrotica del fegato non aveva
nulla a che fare con le alterazioni epatiche da

malaria descritte da Kelsch e Kiener, e da Picque (10).

Un' ultima particolarità, che ho rilevato nel mio caso, si è la coesistenza di una nefrite parenchimatosa cronica, che a giudicare dalla tarda comparsa dell'albuminuria, fu indotta probabilmente dal passaggio di principi tossici, alla cui eliminazione il fegato era divenuto oramai insufficiente.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. Accademia di medicina di Torino-Sull'importanza diagnostica dei frammenti di mucosa gastrica estratti dallo stomaco digiuno. - Di un lobulo soprannumerario del polmone. - Due casi di delirio ipnagogico. - Sulle rughe nei cretini e passi morali. - Due casi di ascesso cerebrale otitico guariti. - Contribuzione allo studio delle manifestazioni sifilitiche della tonsilla linguale. - Accademia Gioenia di scienze naturali. – Sulla tubercolosi in Catania. - Le iniezioni sottocongiuntivali di sublimato nelle irido-coroiditi infettive e simpatiche. - Sul ramo laterale del trigemino nei murenoidi. - Asione cronica del selenio. - Azione del selenio sul ricambio materiale. - Societá di chirurgia di Parigi.- Il cancro del fegato dal punto di vista chirurgico. - Tumore del cervello. - Chirurgia della tubercolosi renale. - Restringimente traumatico tardivo dell'uretra.

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Tornata del 15 gennaio 1897.

(Nostro resoconto particolare)

Sull'importanza diagnostica dei frammenti di mucesa estratti dallo stomaco digiuno. Sanconi comincia coll' osservare che sono oramui rari, dopo l'abbandono delle sonde rigide e dell'apparecchio aspiratore di Kussmaul, i casi in cui vengono strappati col sondaggio dello stomaco dei frammenti di mucosa che rimangono impigliati nell'apertura terminale o in uno dei fori laterali della sonda, ciò che del resto non ha conseguenze come egli ed altri hanno dimostrato. L'esame microscopico di questi pezzi di mucosa talora può permettere la diagnosi anatomica dell'affezione gastrica; maggiore importanza hanno quei frammenti di mucosa che persistono già staccati nello stomaco o lassamente attaccati e vengono fuori insieme all'acqua di lavacro specialmente nel lavacro dello stomaco a digiuno; per Jaworski e Korgynscky questo reperto si verifica principalmente nel catarro mucoso, quindi con molta frequenza nel catarro dello stomaco. Bo a s l' ha riscontrato nel catarro cronico ed in certi casi d'iperacidità, ed anche in alcune nevrosi gastriche. Einhorn in parecchi casi di gastrite glandulare cronice.

⁽¹⁾ Charcot e Bouchard. Trattato di medici na, Trad, it., Vol, 2°, p. 450, e inoltre note del Sil v a sulle alterasioni malariche del fegato, p. 455 a 458.

^{(2) «} Lo Sperimentale », n. 18 e 14 , maggio 1894 e 1895, fasc. 5 e 6.

^{(8) «}Riforma Medica» a. VIII, vol. 8°. Soc. Med. degli Ospedali di Parigi, seduta 29, VII, 92.

^{(4) «}Riforma Medica» a. VIII, vol. 8°, p. 155. «Arch. gener. de Mèdecine», giugno 1891.

^{(5) «}Riforma Medica» a. XII, vol. II, p. 147.

^{(6) «}Riforma Medica» a. XII, vol. II, p. 809, 1896.

^{(7) «}Riforma Medica» a. XII, 1896, vol. II. Società Med. Chir, di Londra, seduta 9 giugno 1896.

^{(8) «}Riforma Medica» a XII, 1896, vol. IV, p. 494.

⁽⁹⁾ V. Mazzotti L. - Loco cit.

^{(10) «}Riforma Medica» a. X, vol. III, p. 145, 1894.

L' oratore ha osservato, in 2 casi di ulcera rotonda dei frammenti di mucosa, che venivano fuori dallo stomaco nell'acqua di lavacro a digiuno: in un primo caso trattavasi d'una signora a 26 anni, nervosa con violenti dolori al- spetti fossero in camera sua, ferisce la moglie e l'epigastrio, localissati in un'area grossa come una moneta da 10 centesimi con ripercussione dorsale, che intervenivano specie dopo i pasti. Mancando l'ematemesi e l'ipercloridria, la diagnosi era dubbia fra ulcera gastrica e gastralgia nervosa : sondando lo stomaco a digiuno, nell'acqua di lavacro riscontrò insieme a scarsi flocchi un frustolo di colore rosso-sangue, più largo e più fino di una lenticchia, che all'esame microscopico apparve costituito da un pesso di mucoss: si notavano infatti dei tubi ghiandolari con le cellule caratteristiche e con numerosi globuli rossi; nei giorni successivi in altri lavacri si ebbe lo stesso reperto. Dopo ciò, la diagnosi d'ulcera s'impose e fu confermata dell' andamento e dall' osservasione successiva. Un altro caso si riferisce ad un signore di 42 anni, robusto, che soffriva d'un intenso dolore a carattere lancinante, localizzato in un' area della grandezza di uno scudo, situata un pò a sinistra della linea mediana a due dita sotto l'arco costale e da vomiti non sanguigni. La comparsa di abbondante melena che durò circa 4 giorni rese certa la disgnosi di ulcera gastrica. Anche in questo caso riscontrò dei frammenti di mucosa nelle acque di lavacro a digiuno, per modo che l'oratore pensa che questo reperto possa essere elevato a segno se non costante, per lo meno frequente dell'ulcera gastrica, e ritiene che se nessun autore ne fa cenno ciò è dovuto al fatto che si fa raramente l'esame microscopico del sedimento di acqua di lavacro, e che dei frustoli così piccoli di mucosa sfuggono con facilità all'attenzione del medico

Di un lebule seprannumeratio del pelmene. Spe-Pino a nome del dott. Della Rovere riforisce d'una necroscopia d' un individuo il cui polmone destro, presentava l'apice diviso da un solco che s'approfondiva nel parenchima polmonare per 7 cm.; tal solco separava dal lobo superiore un lobulo soprannumerario, che misurava 8 cm. nel diametro verticale, sei cm. nel trasverso, tre e mezzo di spessore. La vena azigos decorreva anzi che a destra della colonna vertebrale, sulla linea mediana di essa e si metteva in una piega della pleura parietale; la azigos si incurvava all'altessa della 8ª vertebra dorsale per sboccare come normalmente nella cava discendente. Propone che le anomalie di forma del polmone si dividano in due categorie, nella prima quelle che avrebbero origine nel primo stadio di sviluppo del polmone, nella seconda le anomalie che avrebbero la loro genesi nello sviluppo ulteriore dei sacchi secondari; spiega l'anomalie coll'aiuto dell'embriologia e dell' anatomia comparata.

Due easi di delirio ipnagogieo. Marro riferisce su due casi di delirio ipnagogico. Il 1º riguarda un uomo di 58 anni, oste, con fenomeni degenerativi, il quale dopo varie giornate di faticoso la- regime azotato, ha trovato in tutti i casi au-

voro ed essersi nel pomeriggio allarmato per la presenza nel suo negosio di parsone sospette, di notte, dopo un sonno di parecchie ore, si svegliò con l'allucinazione che i suoi avventori sodà in smanie furiose, credendo che quanti lo avvicinano lo vogliono uccidere. Portato al manicomio, il delirio svani subito e non ebbe più alcuna manifestasione allucinativa per tutto il periodo in cui fu tenuto in osservazione. Nel secondo caso si tratta d'un giovane di 26 anni, stadioso e colto, che in un viaggio di ritorno dall'estero dove aveva molto lavorato, ebbe a provare spavento per la presenza nel suo scompartimento di viaggiatori sospetti, gentilizio non immuno. Ritiratosi poscia in un albergo, verso le 24 gli parve udire nella camera sottostante delle voci che complottavano contro la sua persona; spaventato si also, senti i piedi scottare (la T della camera era molto alta, 25°) preso da cardio-palmo, fuggi armandosi di rivoltella, ed appena incontrato un individuo, sparò ferendo un cameriere; afferrato si dibatteva furioso, cercò d'impadronirsi d'un coltello per ammassare a fine di non essere torturato. Portato in questura scomparve il delirio e l'infermo comprese d'essere stato vittima d'un'allucinazione. Mentrechè nel primo caso si tratta più che di un delirio ipnagogico, di un delirio onirico, in questo invece si tratta appunto di un delirio ipnagogico, a cui concorsero parecchie cause: l'eredità nervosa, la stanchessa intellettuale, l'emozione nel viaggio. In questo caso si deve ammettere che i veleni della fatica eccitino i centri sensoriali in guisa che l'associazione delle idee non si faccia più come normalmente. Nel primo caso si può invocare invece la degenerazione acquisita per il trauma e la stanchezza pel soverchio lavoro.

Sulle rughe nel cretini e pazzi merali.—Lombroso ricordati gli studi antecedenti suoi, di Poggi, di Mac Donald, ecc., accenna alla spiegazione data per la genesi delle rughe, cioè l'età, la emotività, la contrattilità muscolare.

Nei cretini e nei pazzi morali l'autore riscontrò delle rughe speciali che non esistono nei normali, o almeno diverse per la profondità, la stranezza, la precocità, di guisa che non si può trovara altro paragone che le scimmie e gli ottentotti.

Questi reperti fanno ammettere all'oratore che la ruga debba avere altre cause e precisamente: 1º l'abbondanza del tessuto cellulare sottocutaneo, 2º lo stato degenerativo atavico. Conferma quanto da altri fu già osservato sulle rughe in forma di circonvoluzioni sul cuoio capelluto, che rappresenterebbero uno stato ulteriore della ruga.

Influenza degli Idrati di C sul ricambie azetato nel diabete.—Battistini riferisce le sue ricerche su quest'argomento fatte su 9 casi di diabetici; esperimentò col saccarosio e levalosio e con alcune verdure.

Con dosi di 100 gr. di saccarosio aggiunte al

mento più o meno considerevole nella quantità d'urina e nella quantità di zucchero eliminato.

Solo in due casi però molto gravi ma l'aumento nella diuresi fu molto spiccata, e contemporaneamente l'aumento nella quantità di zucchero eliminato fu di molto superiore a quello introdotto, come pure vi fu aumento nelle perdite azotate.

In altri tre casi constatò invece un aumento nella quantità dello zucchero eliminato inferiore alla quantità fintrodotta, cosicchè si può ammettere che vi fu ritonzione nell' organismo di quantità corrispondenti al 98,7 p. 100, 58 p. 100, e 28,7 p. 100. In un caso di diabete grasso la quantità ritenuta fu di 100 p. 100.

In questo caso si ha pure diminuzione nelle perdite azotate e quindi risparmio nella distruzione dell'albumina, e gli ammalati continuarono ad aumentare di peso anche nel periodo (6-12 giorni) in cui vennero sottoposti al regime con idrati di carbonio.

Però la tolleranza dell'organismo diabetico per lo succhero di canna è molto scarsa, e negli ultimi giorni di esperienza si mostrò assai diminuita per modo che probabilmente continuando nella somministrazione del saccarosio anche nei casi più favorevoli si avrebbe la comparsa nelle urine della quantità totale introdotta,

Pel levulosio i fatti osservati corrispondono abbastanza bene a quelli descritti pel saccarosio; soltanto la tolleranza dell'organismo diabetico è maggiore e non si verifica quasi aumento della diuresi. Le ricerche furono fatte in tre casi: in due si ebbe risparmio dell'albumina in uno no; bisogna però notare che in questo caso il levulosio diede diarrea. Il levulosio si elimina in parte inalterato.

Le esperienze fatte con le verdure sono molto scarse e riguardano solo le carote e gli spinaci; i suoi risultati si accordano in massima con quelli del De Renzi nel dimostrare l'utilità dell'aggiunta delle verdure al regime; però le carote dopo un certo tempo sono mal tollerate,

In complesso queste ricerche da un punto di vista pratico possono dimostrare s ltanto l'utilità in alcuni casi della dieta mista pei diabetici; però non informano per nulla i vantaggi riconosciuti della dieta asotata assoluta, poichè dalle medesime appare che la tolleranza maggiore per gli idrati di C nei diabetici venne osservata appunto nei malati da lungo tempo sottoposti a dieta carnea quasi esclusiva.

Due casi di ascesso cerebrale otitice guariti. G. Gradenigo. — Il primo caso concerne un ragazzo di sei anni affetto da otite media purulenta cronica destra.

Esso venne colto d'un tratto da dolori intensi alla metà destra della testa, da vomiti, da febbre con brividi. Papillite ottica bilaterale. Dopo alcuni giorni il paziente cadde in coma.

Fu in questo stato che venne praticato il primo intervento sulla mastoide e sulla cassa con l'apertura ampia delle cavità dell'orecchio medio dove esisteva colesteutoma. Il tegmen tympani era cariato e la dura madre in apparenza sana, era a nudo in corrispondenza di esse. Poichè i sintomi gravi non si modificarono dietro questa operazione si procedette in seconda giornata alla puntura del lobo temporale destro a traverso la dura messa a nudo sopra al tegmen.

Aspirazione, con un largo ago-cannula, di pus fetido. Allora ampia apertura dell'ascesso a traverso la squama del temporale. Il decorso post-operativo fu complicato da una voluminosa ernia cerebrale comparsa in terza giornata che si ridusse spontaneamente più tardi e da una febbre ad andamento piemico con ascesso profondo al collo. Ciò malgrado si ottenne completa guarigione.

Nel pus dell'ascesso fu riscontrato dal dottor Bruschettini lo stafilococco piogeno aureo assai virulento; nel sangue, nel periodo piemico, oltre a detto stafilococco si riscontrò il diplococco di Fraenkel.

Il secondo caso si riferisce ad un contadino di 20 anni affetto da otorrea cronica destra con partecipazione del labirinto, con paralisi facciale destra e papillite bilaterale.

All'atto operativo osso compatto; nell'antro e nella cavità timpanica granulazioni; nessuna traccia di ossicina. Carie del tegmen tympani, dove la dura è granuleggiante e presenta un forame fistoloso per il quale uno specillo entra nella sostanza cerebrale a circa un centimetro di profondità, dando uscita a pus.

Allargata l'apertura e vuotato il piccolo ascesso da questa via si fa una seconda apertura sulla squama del temporale: risultato negativo di punture esploratrici a traverso la dura.

Evidentemente si trattava di uno stadio precoce dell'ascesso cerebrale otitico, il quale non avrebbe potuto essere scoperto se non dalla Via del temporale.

Dopo circa un mese e mezzo, eliminazione spontanea di due giri della chiocciola necrosata. Guarigione. Persiste la paralisi del facciale.

Contribuzione allo studie della manifestazioni alfilitiche della tensilla linguale. C. A. Ricci. — Fugià descritta, durante il periodo secondario della sifilide, una ipertrofia della tonsilla linguale, e più tardi, nel periodo terziario, una vera atrofia.

L'oratore ha istituito nella Clinica oto-rino-laringologica di Torino e inoltre su malati messi
a sua disposizione dai prof. Giovannini e
Peroni, una serie di ricerche delle quali ecco
i principali risultati. Quando l'infezione datava
da un periodo variabile da 15 giorni a due anni,
esisteva nel 60 p. 100 dei casi una ipertrofia
della tonsilla linguale, in modo che la ghiandola
assumeva un aspetto compatto, un colorito roseopallido e una piuttosto consistenza dura. Questa
ipertrofia sta in rapporto con quella di altri organi
linfatici. Nell'8 p. 100 dei casi esistevano inoltre, lesioni secondarie sulla detta tonsilla ipertrofica.

In 18 casi di sifilide terziaria esisteva sempre un grado maggiore o minore di atrofia. In taluni casi si poteva parlare di una vera scom-

parsa della ghiandola,

Per attribuire a questa atrofia un valore diagnostico nella sifilido è necessario poter distinguerla dalla atrofia senile, dalla atrofia postuma di malattie infettive a decorso cronico, come la tubercolosi e dalla atrofia che si accompagna alla rinite atrofica con propagazione alla faringe. L'oratore richiama l'attensione su questo ultimo punto, cicè sulla esistenza da lui per prima riconosciuta, di un certo grado di atrofia della tons ila linguale nella rinite atrofica fetida o no. Su 88 casi essa fu riconosciuta in 22. Quando la diagnosi differenziale dalle altre atrofie riesce possibile, la esistenza di tale alterazione alla basc della lingua può costituire un elemento diagnostico abbastanza probabile per ammettere una sifilide tersiaria ignorata.

Forn**a**ca

ACCADEMIA GIOENIA DI SCIENZE NATURALI IN CATANIA

> Tornata del 18 decembre 1896 Presidente Scruto Patti (NOSTRO RESOCCITO PARTICOLARE)

Salia tabereolesi in Catania. G. B. Ughetti (con la collaborazione dello atudente G. Amore), Partendo dal principio che qualunque ricerca porti nuove contribusioni alla conoscenza della tubercolosi sia del p u alto interesse, l'oratore si è occupato in questo lavoro della s atistica di questa malattia in Catania. Già alcuni anni fa aveva sostenuto, contrariamente all'opinione di qualche altro, che se la tisi tubercolare è molto frequente nei climi caldi della sona temperata, lo è però meno che nei climi freddi.

I dati statistici riguardanti Catania, che oggi l'oratore presenta esposti in tavole e diagrammi, confermano questo principio, giacche dimostrano che se da un lato è la malattia che, anche in Catania, miete il maggior numero di vittime, dall'altro lato però permette a questa città di esser l'ultima in Italia per mortalità tuberco-

Le iniczioni settecengiuntivali di sublimato nelle iride-cereiditi infettive e simpatiche. G. Addario porta un contributo clinica alla cura delle irido-coroiditi simpatiche ed infettive mercè le iniesioni sotto-congiuntivali. Le sue osservazioni riguardano sei casi clinici, nel trattatamento dei quali ha escluso l'uso d'ogni altro rimedio, per meglio valutare l'asione del nuovo metodo curativo. La soluzione usata è stata quella di sublimato al 1:2-1 per mille.

L'oratore, non ostante il piccolo numero d'osservasioni viene alle seguenti conclusioni: a) l'oftelmia simpatica da irido-coroidite infettiva si arriva a scongiurare ogni qualvolta si tratta di

fenomeni premonitori;

b) l'oftalmia simpatica in atto (dopo l'enucleazione dell'occhio simpatizzante) resiste molto, prima di risentire il beneficio delle iniezioni sotto congiuntivali. La parziale scumparsa degli es- rossi e dell'emoglobina.

sudati plastici, importa parziale repristinamento

c) le irido-coroiditi croniche infettive sono le più restie a risentire il beneficio delle iniezioni sotto-congiuntivali, e richiedono molte e ripetute iniezioni;

d) le irido-coroiditi acute infettive risentono immediatamente l'effetto della cura, e per ciò si

dominano con facilità;

e) gli essudati plastici delle irido-coroiditi non scempaiono sotto l'influenza delle injesioni, ma solamente diminuiscono alquanto se di data re-

Sui ramo lateralo del trigomino nel murcacidi. S. Gelendruccie dopo aver riassunto e confermato le ricerche di Stannius sull'anguilla vulgaris, esamina tutti i murenoidi che ha potuto procurarsi a Catania. Nell'anguilla vulgaris trova l'esistenza delle congiunzioni del tronco ventrale coi rami ventrali (anteriori) dei nervi spinali, come pure l'esistenza delle ramificazioni alla pinna anale, già supposte dallo Stannius, ma sfuggitegli per la loro gran le delicatessa.

Scopre nell'anguilla vulgaris ed in tutti gli altri murenoidi da lui esaminati, il ramo dorsale submediano del tronco laterale del decimo paio

dei nervi cranici.

Asserisce, infine, con tutta sicuressa che il ramo laterale del quinto, esistente nell'anguilla sulgaris, manca totalmente in tutti gli altri murenoidi esaminati.

Aziene crenica del selenie. O. Modica, dopo avere studiato con molteplici esperienze gli effetti dell'azione cronica dell'acido selenioso sulla nutrizione e sullo sviluppo del conigli giovani, nonchè sul sangue e sulle ossa, viene alle seguenti conclusioni:

1.º L'acido selenioso, somministrato sotto forma di selenito di sodio in dosi piccolissime e ripetute (gr. 0,0002 per iniezione ipod., gr. 0,008 per bocca) produce dimagramento nei conigli adulti. Per dosi maggiori (gr. 0,0005 per iniezione ipod., gr. 0,001-0,006 per bocca), al dimagramento segue la morte;

2.º Somministrato per 80.40 giorni a giovani conigli, financo in quantità piccolissime (fico-15 di mm.gr.), ostacola lo sviluppo regolare del

loro organismo;

8.º L'ostacolo allo sviluppo dell'organismo giovane è in ragione diretta della dose somministrata, essendo di poca entità per le dosi giorneliere di 1:100-1:50 di mmgr. e notevole per le dosi maggiori (1₁5-1₁2 mg.);

4.º Sospesa la somministrazione dell'acido selenioso, l'organismo giovane non è più capace di ripigliare il suo sviluppo regolare, il peso corporeo aumenta poco o niente, ansi talvolta di-

minuisce; 5.º L'organismo non acquista alcuna abitudine

al selenio;

6. A dosi piccole e ripetute produce sul cangue una diminuzione della quantità dei globuli Questi fatti sono tanto più accentuati per quan-

to maggiori sono le dosi adoperate;

7.º Le ossa lunghe dei conigli giovani crescono meno del normale in tutte le loro dimensioni. e sono più leggiere. Per le dosi relativamente $\frac{1}{2}$) le pareti della loro a -- 10 disfisi divengono sottili e fragili, ed il canale midollare molto ampio;

8.º L'azione cronica del selenio non si può pa-

ragonare a quella dell'arsenico.

Aziene del selenio sul ricamblo materiale. O. Modica dallo studio dell'azione dell'acido selenioso sul ricrmbio materiale, è indotto a concludere che esso accelera il detto ricambio; in effetti mentre da un canto si mantiene costante l'alimentazione e diminuisce un po' l'assimilazione da parte dell'intestino, dall'altro canto aumenta notevolmente l'eliminazione dell'azoto, del solfo, del fosforo e del cloro con le urine, nonché quella dell'OO² nell'aria espirata.

Questa maggiore distruzione che subisce l'albumina del corpo sotto l'azione dell'acido selenioso, devesi alle cattive condizioni di nutrisione in cui vengono a trovarsi i tessuti, sia per le alterazioni del sangue (diminuzione dell'emoglobina e dei globuli rossi difficoltata disossidazione), sia per le alterazioni che deve indurre nella molecola albumina il contatto diretto del veleno.

Dott. Gaetano Cutore

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI Tornata del 18 gennaro 1897.

Presidente monop.

Il cancre del fegate dai punte di vista chirurgice. Routier riferisce un' osservazione per dimostrare, come molte volte la diagnosi di cancro del fe fu negativa. gato sia difficile.

Si trattava di una donna dell'età di 50 anni, le cui sofferenze risalivano ad un anno (si era nel 1891). Presentava un tumore sul margine anteriore del fegato.

La diagnosi era dubbia, se si trattasse di un cancro del fegato, ovvero di un tumore della vescichetta biliare.

Con una puntura esplorativa, si estrasse del pus. Quindi fu fatta diagnosi di ciste idatidea suppurata.

Fu allora collocato un grosso drenaggio, pel quale veniva del materiale grigiastro. Dopo alquanti giorni si manifestò febbre.

In febbrajo 1891, si fece una laparotomia, con la quale si cadde in saccoccia afflosciata, contenente detriti somiglianti ad avanzi di idatidi.

L'operata mori dopo qualche giorno dall'operazione e l'autopsia mostre, che si trattava di cancro del fegato (epitelioma con noduli multipli).

Danque, col drenaggio si cadde in un nodulo canceroso modificato da sembrare una ciste sup-

Quena osservo, nel 1898, una inferma in età avanzata, cachettica, affetta da tumore voluminoso e doloroso del fegato, e febbre. Si aveano in

questo caso alcuni segni di ascesso epatico, però per altri sintomi, fu posata la diagnosi di cancro probabilmente del fegato.

Fu consigliato l'intervento chirurgico, che venne accettato.

Fu praticata la laparotomia laterale, e una puntura nella massa del tumore. Da quest'ultima venne faori del pus e materiale rammollito.

All'esame istologico, furono riscontrate cellule

epitefiali degenerate tipiche.

Dunque, in questo caso, come in quello di Routier, si trattava di cancro del fegato, con nodulo degenerato, puriforme, voluminoso, da essere confuso con un ascesso del fegato.

Ricard.—L' intervento chirurgico nei tumori maligni del fegato è stato portato alla società di chirurgia, da Segond, a proposito di un caso

dallo stesso osservato.

In questa occasione, Terrier parlò di un procedimento di sutura intra-epatica, processo di un chirurgo russo, che permette l'asportazione di tumori epatici, senza perdita apprezzabile di sangue. Il suo allievo Auvray, ci ha comunicato il risultato dell'interessante metodo.

L'emorragia, infatti, è il dato più importante che si riscontri nell'estirpazione dei tumori ma-

ligni del fegato.

Il nuovo processo, perfezionato, può permettere l'ablazione dei tumori epatici non vascolari, mentre in quelli vascolari, si può avere la morte del malato sul tavolo d'operasione.

L'oratore ha osservato un caso diquesto genere; si trattava di una donna dell'età di 82 anni circa, affetta da un tumore epigastrico grosso quanto la testa di un feto, a superficie regolare, fluttuante, mobile coi movimenti del diaframma, indolente. La diagnosi si fu di ciste idatidea del fegato.

Venne fatta una puntura esplorativa, e questo

Si praticò la laparotomia, e dopo il taglio, tosto apparve il tumore. Però, invece di riscontrare l'inviluppo della ciste venne osservato, che la superficie era di colorito epatico leggiermente violaceo.

Nel punto più culminante del tumore, si praticò una puntura col tre-quarti di Potain, dalla quale venne fuori un grosso getto di sangua nero, come se la puntura fosse caduta su di un grosso vaso venoso; lo stesso tre-quarti, ritraendolo di qualche centimetro, fu introdotto in un'altra direzione, e il risultato si fu identico. Estratto quindi il tre-quarti, dall' orificio venne sangue in abbondanza, che dovette arrestarsi con la sutura di Lembert; ma anche i fori prodotti dall'ago, davano molto sangue, che cessò e col termo-cauterio e con la compressione fatta per più di 20 minuti.

La parete addominale quindi fu chiusa con punti di sutura che vennero tolti dopo 10 giorni. L'infermo dopo sei settimane si credette guarito, però poco dopo, il volume del tumore aumentò notevolmente con dolore intenso, gli arti inferiori si fecero edematosi, la cachessia si accentuò notevolmente, e l'infermo dopo 4 mesi dalla laparo-

tomia se ne moriva,

L'autopsia non fu permessa dai perenti, però la rapida evoluzione, la fine, non lazciano alcun dubbio sulla natura maligua della malattia epatica, e che si trattava di sarcoma vascolare.

Tumere del cervelle. — Breca riferisce sopra una comunicazione fatta da Barrette. Un uomo di 27 anni fu ricoverato all'ospedale di Caen, affetto da tumore della regione parietale. Il tumore era molto vascolarissato. Inoltre presentava i sintomi di tumore cerebrale, con disturbi coulari.

Barrette fece diagnosi di tumore cerebrale

impiantato sul cuneo.

Inoltre, ammise l'ipotesi, si potesse trattare di un fungo della dura madre, che avea usurato l'os-

so, specie che avea dolori acutissimi.

Barrette pensò intervenire, chirurgicamente, però dopo la prima incisione avvenne tale una emorragia, che per frenaria dovette ricorrere allo saffamento.

L' indomani dell'operazione il malato mori.

All'autopsia, fu riscontrata, una voluminosa

vena attraversante il cranio.

Non fu trovato il fungo della dura, invece un voluminoso tumore dell'encefalo, che occupava la punta del lobo occipitale e il cunco.

Chirurgia della tubercelesi renale. Tuffler comunica del casi di tubercelesi renule.

I casi operati furono 15, e la tubercolosi renale fu frequente.

Le indicasioni dell'operasione sono in numero di tre, cioè: l'ematuris, i dolori, l'infesione.

Per l'ematuria occorre l'intervento quando questa s' impone-

Tuffier ha eseguito l'operazione per l'ematura 2 volte.

Per i fortissimi dolori egli operò in un caso, in cui le coliche nefritiche erano intense, progressivamente crescenti, facendo la nefrectomia, e lo informo guarl.

In un altro caso, con fortissimi dolori, che affiggevano una ragazza, ed in cui furono trovati nelle urine dei bacilli di Koch, venne praticata la nefrotomia lombare.

Il rene conteneva numerosi ascessi freddi.

L'altima indicazione, quella per infezione o intossicazione, avviene nei casi di pielonefrite acuta o cronica.

Tuffier, per queste affesioni è intervenuto 9 volte, cioè: 5 volte con la nefrotomia, 2 volte con la nefrectomia secondaria e 2 volte con la nefrectomia primitiva.

Restriagimente traumatice tardive dell'uretra. Basy. E' classico il motto: che i restringimenti traumatici dell'uretra sono sempre precoci.

Basy, in un infermo che si era fratturato il bacino 40 anni prima di comparire la infermità, osservò un restringimento valido dell'uretra membranosa, causato soltanto da quel trauma.

Routier ha visto un infermo con restringimento uretrale traumatico comparso 7 anni dopo il traumatismo.

Bazy presenta un pesso di tessuto polmonare

necrosato estratto lo stesso giorno (pneumotomia). Il lembetto polmonale pesa 82 grammi.

Michaux presenta una mammella grandemente ipertrofica, del peso di 18 libbre e messa, che conteneva molto liquido.

Pique presenta un ammalato che era affetto da vasta ulcerazione al braccio, diagnosticata per sarcoma ulcerato, invece si trattava di una ulcerazione sifilitica che guari dopo 8 iniesioni di calomelano.

Valana

LE CLINICHE FRANCESI

Ospedale della Carità di Parigi (Prof. Potain)

Gli edemi nervosi ed artritici.

L'influenza del sistema nervoso sulla produzione dell'edema è un fatto conosciuto da lungo tempo che merita sempre di richiamarvi l'attenzione.

Vi presento una giovanetta, della età di 17 anni, ricevuta in Clinica per tubercolosi polmonare, la quale presenta un edema notevole agli arti inferiori. Questo edema è apparato la prima volta tre settimane addietro e dopo essere scomparato, si è mostrato a più riprese, senza alcuna regolarità.

L'inferma non ha alcuna affesione al cuore, nè presenta fatti d'alterazione renale. Benchè sia tubercolotica e cloro anemica, l'affezione polmonare è così lieve che non si può invocare la cachessia per spiegare l'edema. L'ipotesi più naturale fa pensare ad un edema nervoso ovvero reumatico.

Raqvier ha mostrato per il primo l' influenza che hanno i nervi nella patogenesi degli edemi provocati da un ostacolo alla circolazione venosa. La legatura della vena femorale, nel caso che esisca un collaterale per il ristabilirsi della circolazione, non determina l'edema se non quando si è sezionato il nervo sciatico.

Ugualmente è noto l'edema che si sviluppa in determinate alterazioni del rene. La distribuzione dell'edema nella nefrite traumatica ne è una prova evidente. Io ricordo un certo numero di osservazioni riguardanti alcuni casi di edema unilaterale accompagnato da albuminuria consecutiva ad una contusione del rene. La localizzazione dell'edema dal lato in cui esiste la lesione renale non può spiegarsi che per l'intervento del sistema nervoso, il quale si distribuisce simmetricamente in ciascuna parte del corpo. Se abitualmente l'edema è bilaterale, ciò dipende dal fatto che i due reni sono lesi nello stesso tempo. Anche l'anasarca che compare bruscamente dopo la impressione del freddo, non può spiegarsi altrimenti che ammettendo dei disturbi nell'innervazione vaso-motrice.

L'anatomia patologica ha dimostrato l'esistenza di lesioni nei nervi i quali si distribuis cono agli arti edematosi. Klippel, in quasi tutti i casi che ha esaminato, ha potuto constatare oltre ad una infiltrazione della guaina dei nervi e ad una vascolarizzazione più accentuata, anche delle lesioni nella mielina, e certe volte financo la scomparsa del cilindrasse.

Queste alterazioni esistono in tutte le varietà di edemi, sia che essi dipendano da una malattia del cuore ovvero da un'affezione renale o da

uno stato cachettico.

L'esperimento e l'osservazione clinica hanno

portato nuova luce sulla questione.

Lessachew, provocando con la introduzione di un fetone, un' infitazione prolungate del nervo sciatico, ha constatato la comparsa di un' infiltrazione edematosa nell'arto corrispondente. Mougeot ha riferito recentemente un certo numero di osservazioni di edema consecutivo a contusioni od a ferite dei reni, e d'altra parte è noto come la nevralgia facciale possa accompagnarsi ad edema e la nevralgia cervico-brachiale possa provocare anche un edema dell'arto superiore (Stoffeln). L'edema consecutivo ad una lesione del midollo spinale, non è così costante come quello che si determina in seguito ad un'affezione dei nervi periferici. Si sono constatati gli edemi nelle paraplegie, nelle paralisi infantili, nelle sirin gomielie, nel morbo di Parkinson, nella tabe. Mathieu e Weil hanno particolarmente richiamato l'attenzione sull'edema dei tabetici, il quale spesso è consecutivo ai dolori folgoranti e si localizza in punti corrispondenti.

Anche le affezioni del cervello possono determinare l'edema. L'edema degli arti paralizzati negli emiplegici per emorragia o rammollimento cerebrale, è ben conosciuto. Vul pia n ne ha distinto due varietà: l'edema precoce che sopravviene al secondo o sesto giorno, ed è caldo e rosso, e l'edema tardivo, il quale è bianco, freddo

e più o meno duro.

Ugualmente è stato osservato l'edema in alcune nevrosi, come l'isterismo e la neurastenia.

Choreot e Guinon hanno per i primi descritto l'edema bleu delle isteriche. Questo edema, che può aver sede alle mani, ai piedi e rimentare fino alle cosce, è persistente o mobile, sopravviene e scompare spesso senza alcuna causa apprezzabile e si accompagna o non ad anestesis, paralisi o contrattura.

L'edema dell'isteriche qualche volta è parcsistico. Gybriewier ha pubblicato l'osserva-

zione di una giovinetta di 17 anni, la quale fu colpita tutto ad un tratto da un edema duro, indolente, alle volte pallido, alle volte rosso o violacec, degli avambracci e delle mani; Ranke, in una donna di 88 anni, ha osservato pure degli edemi disseminati in diverse parti del corpo, sopratutto al collo, alla nuca, agli avambracci.

Gli edemi d'origine nervosa, che sopravvengono in condizioni multiple, sono quasi sempre determinati da cause occasionali le quali possono essere diverse.

Spesso l'edema si presenta durante il corso di una malattia acuta, ma anche una viva emosione, una affesione, ovarica, la mestruazio-

ne, possono essere considerate come cause occ sionali.

In tutte le condizioni predisponenti all' edema, l' artritismo occupa il primo posto. La maggior parte degli individui i quali presentano degli edemi nervosi, sono artritici o reumatici.

Ma la diatesi artritica può esser per sè stessa causa di edema. Kirmisson e Guyon hanno descritto col nome di pseudo-flemmone, un edema congestivo il quale si distingue dal vero flemmone per il suo carattere diffuso, la sua consistenza sopratutto uniforme e l'assenza di suppurazione. Questa forma è rara : ben più sovente negli individui artritici si presentano degli e lemi diffasi, molli od elastici, mobili e fagaci.

Alle volte l'edema può essere limitato, sotto forma di piccoli tumori indolenti, aventi sede in differenti punti i quali sono stati descritti col

nome di pseudo-lipomi.

L' impressione del freddo, sopratutto del freddo-umido, ha un'influenza grandissima nella ma-

nifestazione degli edemi artritici.

L'esempio riportato da Negel è uno dei più classici. Una donna, della età di 40 anni, fu colpita, immediatamente dopo un bagno freddo, da un edema generalizzato; questo edema più tardi si localizzò soltanto nei punti che sono più in contatto con l'aria fredda (naso, orecchi, mani) e poteva essere determinato in altre edi col contatto di un corpo freddo.

Da tutto ciò appare ad evidenza quale sia l'importanza della edema nervoso ed artritico per stabilire una prognosi esatta. Mentre l'edema nervoso ed artritico è di un prognostico relativamente benigno, quello consecutivo ad un' affezione cardiaca o renale, implica sempre una

certa gravezza.

La nostr inferma è manifestamente artritica; nello stesso tempo che apparisce l'edema, essa soffre di dolori alle giunture e nella continuità degli arti, senza localizzazione ben netta e senza febbre. Si può quindi considerarla come affetta da edema reumatico poco intenso, fugace, in rapporto alla benignità del reumatis mo concomitante (Le Bulletin mèdical, n. 3, 1897).

Bentivegna

NOTIZIE

Premio a Behring

Al prof. C. Behring, che scoperse il siero antidif-terico, l'Università di Würzburg conferì un premio di mille marchi ed una medaglia fatta coniare apposita-

Onorificenza

Il prof. Golgi, per le sue ricerche biologiche, fu nominato recentemente socio nazionale della Società italiana delle scienze (detta dei XL) e membro onorario corrispondente al posto di Maurizio Schift presso la Nenrological Society of London.

Resistore resugnisable: Dott: HUGO NACCHRONE

Tipografia della Riforma Vedica

Sommano. — 1. Questioni teropiche del gierno. Resessione totale e bilaterale del simpatico cervicale per la cura della malattia di Base i ow e dell'epilessia. — Sulle indicassioni del miano. — 2. Lacori originali. Contributo allo studio delle lesioni violente del midollo spinale. Sindrome fenomenica di Brown-Séquard; pel dott. Giovanni Ninni, professore pareggiato di medicina operatoria nella B. Università di Napoli, chirurgo ordinario nell'Ospedale dei Pellegrini. — 3. Le Clistiche inglesi. Clinica chirurgica di Londra (prof. Horsley). Sulla chirurgia delle malattie spinali. — 4. Pratica delle malattie ceneres. — 5. Formulario. — 6. Noticie.

OUESTIONI TERAPICHE DEL GIORNO

Thomas Jonnesco. — Resezione totale e bilaterale del simpatico carvicale per la cura della maiattia di Basedow e dell'oplicacia.

L'autore fu indotto a fare la resessione totale bilaterale del simpatico cervicale per la frequenza di lesioni in quest' ultimo nel morbo di Basedo w e nell'epilessia. Biguardo all'epilessia è stata tentata questa operazione da Kümmel, Bogdanik, v. Jaksch, Jaboulay e con migliori risultati da Alexander.

Centro il morbo di Basedow fu sesionato il simpatico cervicale nell'anno 1896 da Jaboula y in un caso, con risultato soddisfacente.

I casi operati dall'autore ammontano a 9, di cui 2 di morbo di Base do w, 8 di epilessia genuina, 1 di corea e di istero-epilessia, 1 di tumore cerebrale con accessi epilettiformi, 1 di isterismo ed 1 di paralisi progressiva.

Il risultato dell'operazione è stato il seguente nei diversi casi: nei due casi di morbo di Basse do wottenne la scomparsa dell'esoftalmo e la diminuzione del gozzo; la tachicardia scomparve in un solo dei due casi; nei tre casi di epilessia genuina il miglioramento fu evidente, poichè nessuno degli ammalati ebbe più convulsioni epilettiche e soltanto uno tra essi continuò ad avere leggieri, rari e passeggieri accessi di vertigine; negli altri casi non si ottenne alcun risultato.

L'autore esegue l'operazione nel seguente modo: inizia il taglio della pelle al margine posteriore del processo mastoideo e lo prolunga, seguendo il margine posteriore del m. sternocleido-mastoideo, sino alla clavicola; quindi taglia il pellicciaio, la vena giugulare esterna dopo averla legata ed i rami del plesso cervicale superficiale.

Denudato poi il margine posteriore dello sterno cleido-mastoideo, contrariamente a ciò che ne ponsa Alexander, tagliando i rami del piesso cervicale superficiale ed il ramo esterno del nervo spinale, il che non reca alcun nocumento. Divide, poi, con la sunda scanalata, seguendo la linea segnata dal margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo, il forte connettivo esistente in questa regione, porta all'ingiti o taglia l'omo-joideo e con uncini divarica i margini della ferita.

Nella parte media del taglio cerca il simpatico, che spesso trovasi nella parete posteriore della guaina dei vasi cervicali; lacera con la sonda questa guaina e così trova il simpatico che è posto in intimo rapporto con la vena giugulare interna ed all' infuori col nervo vago. Ricercato nel modo suddetto e trovato il simpatico, è agevole asportare il ganglio cervicale superiore, il medio, se esso esiste, e l'inferiore. L'asportazione dei gangli era eseguita dall'autore con una ferbico ottusa, curvata in modo speciale ed atta a tagliare contemporaneamente i rami afferenti ed efferenti.

L'autore viene alle seguenti conclusioni:

1º la resenione totale e bilaterale del simpatico cervicale non causa disturbi postumi;

2º questa operazione, quantunque non possa essere detta facile, può essere sempre tentata;

8º nel morbo di Basedow, in cui i disturbi sembrano in gran parte provenire dal simpatico cervicale, è assolutamente indicata la resezione di questo nervo, completata anche dalla legatura dell'arteria vertebrale;

4º negli epilettici addimostrano tanto gli esperimenti fisiologici quanto l'osservazione di un accesso durante una emicranictomia (Doyen), la presenza di un disturbo nella circolazione cerebrale, che coincide con l'accesso. I risultati soddisfacenti ottenuti anche da Alexander debbono invitare i chirurgi a proseguire su questa via, che conduce ad una cura più certa di questa malattia (Centralbiati f. Chirurgie, n. 2, 1897).

Scagliosi

Romme, Kroenig e Albu. — Suile Indicazioni del salasse.

Gli autori in due recenti lavori, sone concordi nel dichiarare che il salasso, pur non avendo una indicazione diretta sulla malattia, costituisce un intervento veramente meraviglioso in certi stati morbosi, ove, per il fatto di modalità clini-

.. 6

che particolari, la vita dell'ammalato si trova momentaneamente minacciata in modo serio. Il danno momentaneo, che può avvenire nel cuore per una sottrazione di una certa quantità di sangue, è d'ordine meccanico, o di ordine chimico, se ne risulta un accumulo di sostanze tossiche. In questi due casi, il salasso resta un intervento puramente sintomatico, che non produce altro che la soppressione dell'ostacolo alla circolasione, ansicohè una disintossicazione del sangue, e che ha per risultato di creare un novello insieme di condizioni, che permettono allo organismo affaticato di rifarsi. Tra le affezioni, in cui il salasso trova più spesso le sue indicazioni, Kroenig cita la polmonite, in cui le condisioni possono essere tali, che i danni di ordine meccanico e quelli di ordine chimico, indicati più sopra, si trovano riuniti nel medesimo soggetto.

Difatti, in certe polmoniti franche, con essudato estesissime, o ancora nelle polmoniti franche, complicate ad edema polmonale, il campo dell'ematosi essendo ristretto al minimo, il sangue si trova sorracaricato d'acido carbonico, e tanto più quanto maggiormente lo stato febbrile ha modificato la composisione normale ematica.

Ma oltre contro questo dànno, d'ordine chimico, lo pneumonico deve ancora lottare contro un
danno di ordine meccanico, che risiede nel cuore
destro; sotto l'influenza dell' aumento del lavoro
che gli incombe per le condisioni che abbiamo
accennate, il ventricolo destro fiuisce per stancarsi, si lascia distendere e comincia a lavorare
male; invia adunque al cuore sinistro una quantità insufficiente di sangue, ed anche insufficientemente ossigenato, cioè più o meno improprio alla nutrisione degli organi e dello stesso
cuore.

Così, a misura che il cuore s' indebolisce, la pressione aumenta nel sistema arterioso, il polso radiale, fino allora forte e pieno, diventa, ad un dato momento, piccolo, molle, depressibile.

In queste condisioni di cose, l'indicazione terapeutica è di sollevare lo stato del cuore destro e di moderare la circolazione; gli eccitanti e i tonici del cuore (canfora, alcool, digitale), rispondono alla prima indicasione; gli antipiretici e i bagni, alla seconda.

Difatti, quando ai primi segni dell'insufficienza funzionale del cuore destro, si interviene al momento opportuno, in modo energico, con la cura medicamentosa, l'equilibrio può essere ristabilito, però se la cura medicamentosa riesce nel massi-

mo numero dei casi, vi sono degli altri in cui i farmachi sono impotenti a sollevare le contrasioni del cuore; è in questi casi, secondo Kroenig, che il salasso costituisce il solo intervento, che possa ancora salvare l'ammalato; in queste condizioni, l'effetto della sottrazione di una certa quantità di sangue, che scarica il cuore destro e ne facilita il lavoro, è meraviglioso. Kroenig ha visto dei casi nei quali, durante il tempo che il sangue colava ancora, la cianosi si attenuava, la dispnea diminuiva e il polso diveniva molle.

Al bu è ugualmente partigiano del salasso nella pneumonite, e va più oltre; egli ritiene che, nelle condizioni accennate di sopra, è dannoso aspettare l'uso degli eccitanti e dei tonici del cuore; bisogna direttamente ricorrere al salasso; subito che si constatino i segni certi della debolezza cardiaca e dell'edema polmonale.

Albu preconizza anche il salasso negli individui giovani, vigorosi, sanguigni, in cui la pneumonite è estesissima, con febbre alta, delirio, cianosi, dispnea progressiva, debolezza del polso.

Fra le altre affezioni acute dell'apparecchio respiratorio, che possono realissare le condizioni di certe pneumoniti e che, di conseguenza, possono sopportare il salasso, A l b u cita la bronchite capillare diffusa, che si osserva frequentemente nell'influenza e lo pneumotorace con spostamento considerevole del cuore e stasi venosa secondaria.

Secondo Kroenig, le condizioni, che si trovano realizzate in certe pneumoniti, e che richiedono il salasso, possono anche presentarsi in certe affesioni croniche del cuore e dei polmoni. Sia che si tratti di miocardite, di lesioni valvulari, di pericardite con essudati o aderenze, che impacciano la funzione del cuore, sia che si tratti di lesioni croniche dell' apparecchio respiratorio, avendo per risultato di creare degli ostacoli nel dominio delle azioni polmonali, il cuore, e in primo luogo il cuore destro, deve fornire un lavoro più considerevole che nello stato normale; ad un dato momento, si vede adunque apparire l' insufficienza funzionale della sezione destra.

Due eventualità possono allora prodursi: o il cuore diviene gradatamente sampre meno sufficiente e i tonici del cuore non arrivano più a risvegliare la tonicità della fibra muscolare distesa, o bruscamente si manifestano i fenomeni cardiaci con cianosi estrema, piccolezza del polso, dispuea e morte, se non si interviene subito.

In queste due condizioni Kroenig ha visto il salasso scongiurare rapidamente un danno gravissimo, e ricondurre l'infermo, almeno temporaneamente, alla salute e alla vita.

· Il modo d'azione del salasso, in certi stati, secondo questo osservatore, é assai difficile a comoscersi; la spiegazione che si presenta naturale è quella di una azione puramente meccanica: la sottrazione di una certa quantità di sangue rende il lavoro del cuore destro più facile e più efficace.

Kroenig e Albu sono concordi nel preconissare il salasso nella emorragia carebrale; in questi casi esso ha per effetto di abbassare la tensione sanguigna, e di riparare agli inconvenienti dell'aumento della pressione intracranica.

Il salasso contro le intossicazioni del sangue è stato già preconizzato da Malgaigne nell'avvelenamento per ossido di carbonio; Kro en ige Albu lo praticano sistematicamente nella uremia a forma comatosa, ed hanno visto la sottrazione di sangue produrre quasi sempre la scomparsa repida dello stato comatoso.

In certi casi di epilessia con attacchi subentranti (18 a 20 nelle 24 ore), A i bu ha visto sotto l'influenza del salasso, il numero degli attacchi scendere a tre al giorno.

Nella clorosi, specie in certi casi, Kroenig ha avuto buoni risultati dalle sottrazioni sanguigne (*La presse mèdicale*, n. 2, 1897).

Pollaci

LAVORI ORIGINALI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLE LESIONI VIOLENTE DEL MIDOLLO SPINALE.—SINDRO-ME FENOMENICA DI BROWN-BEQUARD, pel dottor Giovanni Ninni, professore pareggiato di medicina operatoria nella R.Università di Napoli; Chirurgo ordinario nell'ospedale dei Pellegrini.

Fra i tanti feriti da me curati in Africa nella campagna 1895-96 quale Direttore dell' Ambulanza « Napoli » della Croce Rossa Italiana, ebbi l'onore di annoverarvi il giovane, valoroso e dotto [Maggiore dell' 8º Battaglione indigeni Amadasi Cav. Luigi da Parma.

Egli fu ferito il 2 aprile nella 'battaglia di Mooram presso Kassala da un colpo d'arma da fuoco al petto.

Il 19 dello stesso mese dopo faticoso e trapazzono viaggio di ben 12 giorni su di un assgareb giunse a Cheren, dov'io prestava servizio e venne affidato alle mie cure.

Il suo stato era gravissimo.

Eccone la descrisione.

Ferita d'arma da fuoco passante al torace con forame d'entrata sulla linea ascellare unteriore destra in corrispondenza del 3º spazio intercostale, e con forame d'uscita alla regione sotto-spinosa sinistra sulla linea angolare della scapola, immediatamente sotto la spina.

Alla palpazione fremito toraco-vocale indebolito; alla percussione risonanza ottusa ed alla ascoltazione silenzio completo alla metà sinistra del torace dalla 4º costa in giù.

Piccola sona di affievolimento del murmure

vescicolare all'apice del polmone destro.

Leggiero prolasso del retto con gangrena esfoliativa della mucosa.

Accenno a piaghe di decubito alle regioni sacrale e grantrocanterica destra.

Paralisi completa di moto all'arto inferiore sinistro; paralisi della sensibilità termica, e paresi della dolorifica e della barica all'arto inferiore destro ed alla metà destra del tronco sino alla 4º costa.

Sensibilità tattile integra, ed integro il senso muscolare e delle articolazioni ai due lati.

Riflesso rotulco a sinistra più accentuato.

Frequenti contratture dolorose ad ambo gli arti inferiori, massime al sinistro.

Cintura dolorosa al torace.

Al momento dell'osservazione temperatura 38°7, polsi 96, respirazioni 40 al minuto.

Ed il signor maggiore raccontava, che colpito ebbe fulmineamente la sensazione come se la metà inferiore del corpo si fosse staccata dal resto dell'organismo e cadde di sella.

Trasportato a Kassala si constatò la paralisi dell'arto inferiore sinistro e la anestesia del destro.

Vi furono sputi striati di sangue per parecchi giorni con leggiero movimento febbrile.

Si ebbe coprostasi ostinata, tanto che solo in seguito ad un forte purgante defecò la prima volta dopo 14 giorni dal ferimento, emettendo calcoli fecali duri e voluminosi da produrre prolasso del retto.

Mai disturbi nell'urinazione.

Per la narrazione, quindi, fatta dal ferito, per la topografia del tragitto seguito dal proiettile e pel quadro fenomenico stabilitosi, feci la seguente diagnosi:

penetrasione del proiettile nella cavità toracica destra a traverso il 3º spazio intercostale; lesione dell'apice del polmone destro con consecutivo versamento pleurico; frattura a forame del corpo della 3ª vertebra dorsale con consecutiva compressione o lacerazione della metà sinistra del midollo spinale; frattura della scapola sinistra; irritazione spinale.

Di vero i forami di entrata e di usoita del

proiettile eran posti su di una linea retta, quasi orizzontale, condotta da destra a sinistra e d'avanti indietro, in guisa che esso proiettile ha dovuto senza dubbio attraversare il lobo superiore del polmone destro, perforare a sghembo il corpo della 3ª vertebra dorsale, passare per entro il 3º spazio intercostale sfiorando le apofisi trasverse della 8ª e 4ª vertebra ed uscire nella fossa sottospinosa sinistra fratturando la scapola, organi e tessuti, che l'ianatomia topografica insegna di trovarsi sulla via percorsa dal proiettile.

Che vi sia stata infatti penetrazione nella cavità toracica destra e lesione del polmone lo dimostrano ad evidenza, gli sputi striati di sangue in primo tempo; il versamento pleurico e l'affievolimento del murmure vescicolare all'apice del polmone destro.

Che sia stata poi interessata la metà sinistra del midollo spinale, lo dimostra anche ad evidenza la sindrome fenomenica di Brown-Séquard susseguita.

Solo resta a definire il carattere della lesione. Si è avuto, cioè, scontinuazione della metà sinistra del midollo spinale, sia per opera del proiettile sia per opera delle schegge ossee della frattura del corpo della 3ª vertebra; ovvero semplice compressione per la dislocazione dei frammenti della frattura nel canale vertebrale, e per lo stravaso sanguigno, che accompagna ogni focolaio di frattura?

In primo tempo non vi erano dati sufficienti per ammettere l'una piuttosto che l'altra lesione, nè parmi che il decorso della malattia abbia portato novelli elementi, che deponessero in un modo assoluto per una delle due diagnosi.

Ed il decorso è stato il seguente:

dopo pochi giorni di riposo i fenomeni d'irritazione spinale (crampi agli arti inferiori) cessarono e la febbre rimise di un grado.

Alla regione sacrale destra, in capo a sette od otto giorni si determinò una vasta e profonda piaga da decubito non ostanti tutte le cautele prese per scongiurarla. Alla regione gran-trocanterica destra la piaga fu invece limitata e superficiale.

I forami di entrata e di uscita cicatrizzarono senza alcuna complicanza in capo ad un mese circa.

Dopo circa un mese s' incominciarono a notare piccoli movimenti volontari nelle dita del piede sinistro, seguiti progressivamente da quelli della gamba e della coscia in guisa che il 18 maggio il signor maggiore poté scrivermi questa lettera.

- « Carissimo professore,
- « i primi passi! Or ora sono andato dal letto
- « alla sedia col solo appoggio dei soldati. La

- « subito, perché El.a., che mi vuol bene e che « mi cura con affetto fraterno, parteciperà alla
- « mia contentezza ».

Al 1º giugno, quando lasciai l'infermo per dover fare ritorno in Italia, la piaga di decubito al sacro era in via di guarigione, il versamento pleurico quasi del tutto riassorbito, i movimenti dell'arto-inferiore sinistro di molto migliorati, in modo da permettere al signor maggiore di dare pochi passi con l'appoggio del bastone.

I fatti però della sensibilità termica, dolorifica e barica della metà destra del corpo, dalla 4º co-

sta in giù, restarono inalterati.

Persisteva la sensazione di cintura dolorosa al

Le condisioni generali erano soddisfacenti.

In quanto alla cura mi limitavo soltanto a mantenere detersa ed assttica la piaga al sacro, a combattere la coprostasi ostinata, ed a fare delle correnti elettriche indotte con una piccola macchina Spaner potuta aver in Africa e del massaggio all'arto paralizzato.

Rividi qui in Napoli il maggiore di ritorno dall' Africa il 22 luglio con la piaga da decubito al sacro del tutto cicatrizzata, col versamento pleurico affatto scomparso, e con la paralisi di moto all'arto sinistro inferiore tauto migliorata da permettergli di camminare e salire le scale col semplice aiuto di un bastoneino.

I disordini delle sensibilità erano restati pressochè stazionari. Solo alla paralisi completa del senso termico alla metà di giugno era seguito il pervertimento di detta sensibilità, giacchè al contatto di un corpo caldo si aveva sensasione di freddo e viceversa, e questo specialmente alla regione esterna della coscia ed interna della gamba.

In tutto il mese di agosto l'Amadasi fu ad Acqui sottoposto alla cura di quei fanghi, della doccia scozzese e del massaggio.

Ne ebbe leggiero vantaggio per le sensibilità. ed uno più sensibile per il moto.

In settembre, mentre era a Parma, sotto le cura del prof. Riva, cioè correnti elettriche costanti e faradiche alternate, massaggio, movimenti contrastati, ecc., ad entrambe le articolazioni del ginocchio si determinarono fenomeni di infiammazione delle sierose con discreto versamento e forte rumore di sfregamento delle superficie articolari.

Dippit s' incominciò a notare una differenza notevole di temperatura tra i due arti inferiori, essendo molto più caldo il destro del sinistro.

Ed ora le condizioni dell'infermo sono le seguenti, e le devo alla gentilezza del dott. V e cchi, assistente del prof. Riva.

Lo stato generale in ottime condisioni, com-« gamba faceva dei piccoli passi. Glielo scrivo piendosi fisiologicamente le funzioni, degli apparati della respirazione della circolazione, della digestione e dell'urinazione.

Moto. — La paralisi di moto dell'arto inferiore sin stro è quasi del tutto scomparsa I movimenti però rispetto a quelli dell'arto inferiore destro sono un pò più tardi, limitati e deboli.

Riflessi. — Mancano i plantari ad ambo i lati; il cremasterico manca a sinistra ed è poco sensibile a destra; quello del quadricipite manca a destra, è squisitissimo invece a sinistra

Il clono del piede, poco squisito ad ambo i lati, quello del ginocchio, più accentuato a sinistra.

Sensibilità. — La tattile è perfetta ai due lati. Vi è paresi della dolor-fica all'arto inferiore destro ed alla metà destra del tronco, sino alla 4º costa: a sinistra invece in tali regioni vi è iperestesia limitata superiormente da una zona anestesica a livello della 8º e 4º costa, proprio in corrispondenza della lesione del midollo spinale.

Al pervertimento del senso termico all'arto inferiore destro ed alla metà destra del tronco sino alla 4ª costa, è succeduta ipoestesia in modo che le percesioni del caldo e del freddo sono un po' ritardate ed alle volte incerte.

La sensibilità barica è abbastanza ancora depressa a destra in guisa da non valutarsi bene la differenza dei pesi.

Il senso muscolare e delle articolazioni è perfetto ai due lati.

Sensibilità elettrica.—Sui muscoli della regione anteriore della gamba a 14 elementi S t ö h r e r la contrasione di chiusura del catode è molto più debole a sinistra; la contrazione però avviene secondo la legge normale.

Anche a 30 elementi Stöhrer poi mancano ai due lati le contrazioni di apertura.

In generale le contrazioni avvengono secondo le leggi normali, solo sono un po' diminuite a sinistra.

Mettendo il reoforo sul nervo peroneo alla chiusura, si ha molto più accentuata contrazione a sinistra che a destra.

Nutrisione. — Nell'arto inferiore sinistro vi è un leggiero grado di ipotrofia, giacchè la gamba sinistra a 10 centimetri al disotto del margine inferiore della rotula misura 2 centimetri meno della destra, ed a 15 centimetri in sopra del margine superiore della rotula la coscia sinistra misura 4 ½ centimetri meno della destra.

Notevole, che tale ipotrofia si è resa più sensibile in questi ultimi giorni.

Temperatura. — L'arto inferiore sinistro è più freddo del destro: alla coscia la differenza è di un grado per raggiungere gradatamente i 10°C. ai piedi, giacchè a destra si eleva a 32°C. ed a sinistra a 22°C.

Articolazioni. - Nell'articolazione del ginoc-

chio sinistro è scomparso il versamento; nel destro ve n'è un residuo. Persiste ad ambo i lati il rumore di sfregamento.

Anche dal decorso, quindi, e dalla sindrome fenomenica tutt' ora in atto, può affermarsi siasi trattato di lesione unilaterale sinistra del midollo spinale all'altessa della Sa vertebra dorsale, ma non può stabilirsi in che detta lesione sia consistita.

Infatti dal miglioramento notevole, massime nella paralisi di moto non si può in un modo assoluto inferire siasi trattato di semplice compressione; imperocchè se è vero da una parte, che si potrebbe spiegare il miglioramento con la mancata compressione e pel riassorbimento dell'ematoma e per la riduzione del callo osseo, è vero altresì che clinicamente e sperimentalmente si è dimostrato, che anche dopo le scontinuità del midollo spinale si sono veduti repristinare più o meno sollecitamente il moto e le sensibilità negli arti paralizzati.

Epperò a me pare non si possano fare all'uopo che delle semplici induzioni, e la mia è quella che vi sia stata leggiera lacerazione nella metà sinistra del midollo spinale, e notevole compressione da parte dei frammenti ossei e dello stravaso sanguigno.

La sindrome fenomenica di Brown-Séquard ha poi presentato nel caso in esame cinque rare anomalie:

1.º La nessuna alterazione, neppure in primo tempo, nell'apparato urinario, mentre quasi sempre sogliono avverarsi manifesti disordini nell'emissione dell'urina, in ispecie nei casi acuti di origine traumatica, come completa ritenzione ovvero completa incontinenza;

2.º La integrità del senso muscolare nell'arto paralizzato, mentre d'ordinario manca, il che starebbe contro l'ipotesi di Brown-Séquard secondo la quale le fibre destinate alla sensibilità muscolare oppostamente a tutte le fibre sensitive decorrono nel midollo spinale senza incrociarsi a mo' delle fibre motrici;

9.º Lo sviluppo di un'affezione flogistica, nell'articolazione del ginocchio dell'arto paralizzato è tra i casi più rari (Vignés, Joffroy e Solmon); unico poi parmi si debba ritenere lo sviluppo di essa nell'articolazione del ginocchio dell'altro lato;

4.º In tutte le descrizioni della sindrome fenomenica di Brown-Séquard è fatto cenno alla paralisi vasomotoria, che suole aversi nello stesso lato della lesione spinale, e che si manifesta con elevazione di temperatura più o meno sensibile sino ad un grado Ora, nel caso riferito, codesta paralisi è mancata, o almeno non vi era al 17º giorno dal ferimento quando visitai la prima fiata l'infermo;

5.º Talvolta, di preferenza nei casi in cui la malattia dura già da lungo tempo, si riscontra nel lato paralizzato una diminuzione di temperatura rispetto al lato anestesico; ma giammai credo fin' oggi sia stato constatato che tale diminusione abbia raggiunto i 10° C. come nel maggiore Amadasi, giusto quando poi la paralisi di moto, essendo quasi del tutto scomparsa, l'infermo aveva ripreso le sue abituali occupazioni, e per conseguenza a spiegarla non si può neppure invocare l'inersia diuturna dell'arto.

Notevole in ultimo il fatto, che nel lato opposto alla lesione midollare si è avuta paralisi completa della sensibilità termica, paresi della dolorifica e barica ed integrità della tattile a conferma del postulato fisiologico della specializzazione delle fibre sensitive, ed a sostegno dell'ipotesi anatomica della topografia diversa delle diverse fibre sensitive nel midollo spinale.

E qui finisco con un augurio! L'augurio che sia serbato nel pieno vigore delle forse fisiche all'esercito il giovane, dotto e valoroso ufficiale. già fregiato meritamente della medaglia al valore militare, Amadasi Cav. Luigi.

Augurio, che non potrà non attuarsi, avendo il suo fondamento nella certessa, che al repristinamento del moto seguirà senza fallo quello delle sensibilità a norma del precetto dato da Brown-Sèquard, che, cioè, nelle lesioni del midollo spinale il disordine della motilità si dissipa prima del disordine delle sensibilità, e nella costante osservazione clinica e sperimentale, che alle lesioni unilaterali del midollo spinale d'ori. gine traumatica il più delle volte è seguita guarigione, completa restitutio ad integrum.

LE CLINICHE INGLESI

Clinica chirurgica di Londra (prof. Horsley)

Sulla chirurgia delle malattie spinail

Quest' oggi mi occuperò di alcune questioni relative alle malattie del midollo spinale, che richiedono una cura chirurgica.

E, prima di tutto, credo conveniente ricordarvi alcuni punti importanti sulle localizzazioni delle varie funzioni del midollo.

Le principali fra queste, possono ridursi alle seguenti : movimento, sensazione, rappresentazione dei riflessi viscerali e controllo vasomotorio; altre funzioni importanti sono: l'accelerazione del cuore. la dilatazione della pupilla e la regolarizzazione del calore.

Riguardo alla localizzazione dei movimenti, il dott. Ferrier ed il prof. Yeo prima, lo Sherrington e Risien Russell poi, esaminanvose, hanno ottenuto importanti risultati positivi. Non mi dilungo a parlarvi minutamente delle loro ricerche, ma vi rimando senz'altro alle pubblicazioni di questi autori.

Per mezzo di tali conoscenze, noi possiamo in clinica fare la diagnosi topografica di alcune lesioni del midollo.

Riguardo alla localizzazione della sensibilità , abbiamo per gli arti superiori, un mezso facile per conoscere da quali nervi è animata una regione.

Basta dividere l'arto in due regioni radiale o preassiale ed ulnare o post-radiale; nella prima la sensibilità è dovuta alle radici posteriori del 5°, del 6° e del 7° nervo cervicali, nella seconda alle radici del 7º e dell'8 cervicali e del 1º dorsale.

Si deve notare, però, che le sensazioni dolorose percorrono un tragitto differente da quello delle altre sensazioni, essendo che esse vengono trasmesse a traverso le porzioni centrali del midollo, come dimostrò sperimentalmente lo Schiff e come è stato provato nella siringomielia.

In quanto alia localizzazione nel midollo delle fibre nervose, che innervano i vari visceri, dobbiamo dire che le fibre, provenienti dalla regione dorsale, vanno al cuore ed ai polmoni, quelle provenienti dalla regione dorso-lombare innervane i visceri addominali.

Le fibre cardio-acceleratrici provengono dalle colonne laterali e passano per l'ottava radice cervicale e per la prima dorsale.

Le fibre pupillari, appartengono al secondo nervo dorsale.

La conoscenza della localizzazione delle fibre nervose dei vesceri pelvici, e specialmente della vescica e del retto, ci aiuta ben poco nella diagnosi topografica, poiché esse sono molto lunghe e nel loro tragitto è facile aversi una lesione, la quale produca gli identici effetti di una alterazione del midollo stesso.

Ad ogni modo, dobbiamo rammentare che l'origine del terso nervo lombare si trova in corrispondenza del margine superiore della lamina della dodicesima vertebra lombare e che il midollo finisce dopo una vertebra e mezza più in basso; per ciò in questa porsione ristretta abbiamo il centro delle fibre che innervano gli organi addominali.

In quanto alle fibre regolarissatrici del calore, io credo che esse abbiano dei centri nella corteccia della regione rolandica e che, passando a traverso il midollo, siano accumulate in maggior quantità in corrispondenza dell'ingrossamento cervicale, di guisa che una lesione di questa parte produce il massimo disturbo termico.

I casi più comuni, che richiedono l'opera del chirurgo, sono quelli in cui si hanno o delle lesioni traumatiche o delle carie delle vertebre, o dei tumori del midollo spinale ; i tumori della spina, comunemente non sono sottoposti ad alcun atto operatorio, perchè d'ordinario sono dei sarcomi, i quali si estendono al di sotto del periostio dell'osso, e, per essere estirpati, hanno bi-30gno della demolisione di un intiero segmento do i vari muscoli animati dalle varie radici ner- della colonna, la qual cosa è molto difficile.

Io credo conveniente distinguere le alter viconi del midollo spinale secondo la data della loro esistenza e la località, in cui esse si trovano.

Quest' ultima è meno importante, quantunque abbia un certo valore per spingere il chirurgo ad operare, ovvero ad astenersi da qualunque intervento.

Cosi, per esempio, se una lesione acuta colpisoe la regione cervicale, allora conviene certamente di attendere, purchè non esista una prova certa di una continuata pressione sul midollo; le stesso può dirsi per la regione dorsale, ma non per la lombare.

In questo caso conviene passare alla operazio ne, poiché da una parte essa è semplice, e siccome poi ordinariamente le radici nervose della coda equina sono incluse in una frattura e ben tosto subiscono delle alterazioni profonde degenerative, così è meglio toglierle quanto più presto possibile.

Nei casi antichi di frattura della spina con paraplegia l'intervento chirurgico dipende dallo

stato del midollo spinale.

Questo per la frattura delle vertebre, può venire lacerato o compresso in una intiera sezione od in un modo parsiale, alcune volte, anche per una estensione molto ristretta.

Vi presento un caso di lesione profonda della spina, con frattura di un certo numero di lamine; le superiori hanno conservato la loro posizione, ma una di esse è spostata.

Il nostro pasiente ha una lacerazione del lato destro del midollo spinale una irregolare emisezione prodotta dalla frattura.

In quanto alla compressione del midollo, esi-

stono molte questioni importanti.

In tutti i casi di lesioni, abbiamo un certo grado di inspessimento nella regione compressa.

Ciò avviene specialmente nei casi di carie e questa condizione fu descritta da Mac-Ewen come compressione per tumore.

E necessario di togliere questo inspessimento nei casi di carie, non così nelle lesioni traumatiche, in cui è meno notevole e consiste semplicemente

in poche adesioni.

Nelle compressioni permanenti, traumatiche, di vecchia data, dobbiamo, prima di tutto, indagare se il midollo spinale sia completamente distrutto o no.

Nei casi, in cui esiste qualche anchilosi, noi possiamo congetturare, dall' angolo della spina, il grado di distruzione del midollo e se esso sia completamente diviso in due parti o no.

Se, per esempio, poi vedete chela deformità per la frattura è estrema, allora è vostro còmpito di

non intervenire.

Un altro fatto su cui richiamo la vostra attenzione è il seguente.

Alcune volte esiste una piccola lacerazione del tessuto nervoso, capace, però, di produrre un'emorragia nel midollo spinale.

Eccovi la fotografia di un caso, in cui si ebbe un trauma nella regione cervicale; voi vedete che si è prodotto soltanto un leggero grado di curvatura angolare, la quale ha prodotto una ta anni, al di sotto di questa età si può ri-

piccola depressione della midolla; la sua parte interna però fu distrutta dalla emorragia.

Questa ematomielia, nei casi di lesioni traumatiche, è della più grande importanza; fortunatamente abbiamo dei sintomi, che ci permettono di diagnosticaria, l'esistenza cioè della analgesia e l'atrofia muscolare.

L' ematomielia ha luogo quasi invariabilmente nella porsione grigia del midollo od in vicinanza di essa, e, per conseguenza, produce l'analgesia e l'anestesia della regione corrispondente, che possono ben calcolarsi nei casi di frattura, quando si sono dileguati i sintomi acuti.

S' intende che è inutile qualunque intervento, se si fa la diagnosi di divisione del midollo.

Oltre dei sintomi descritti, un segno importante per tale diagnosi è la presenza di alcuni disturbi vasomotori, consistenti in uno stato edematoso degli arti corrispondenti, prodotto appunto da ristagno della circolazione della linfa per paralisi vaso-matoria.

Veniamo ora a parlare dettagliatamente vari mezzi di cura delle lesioni della spina.

In linea generale, prima di passare ad un'operazione, noi ci serviamo, per un certo tempo, dei metodi classici della estensione e della fissa-

Quando, però, abbiamo la certezza che qualche pezzo di osso faccia compressione sul midollo, o quando abbiamo dei giusti sospetti che esista una emorragia attorno al midollo, cosa veramente rara, dobbiamo, prima di ogni altro, intervenire cruentemente.

Se questo non ha luogo, conviene aspettare per

un quattordici giorni.

L'operazione consiste in una semplice laminectomia; si badi, però, di togliere completamente tutte le porzioni di osso vicine alla parte offesa, in modo da lasciarla del tutto libera.

Se lasciate qualche pò di osso, fate necessariamente aumentare le adesioni e l'inspessimento

peritecale.

Passiamo ora a considerare la carie delle ossa; voi tutti conoscete che si tratta, in questi casi, di una affesione tubercolare suppurativa del corpo delle vertebre e che essa produce paraplegia secondaria, per la semplice compressione del midollo.

E chiaro che la lesione del midollo spinale è secondaria; questo non viene colpito dal processo tubercolare, quantunque vi sia una notevole inflammazione peritecale.

Nella dura madre, frattanto, si sviluppa una pachimeningite locale, la quale può determinare l'occlusione dei vasi, per cui il midollo diviene sede di mielite, prodotta, appunto, da questo stato ischemico.

Vi sono tre stadi in questa condizione morbosa: l'inizio della malattia con la semplice compressione del midollo, la formazione di un ascesso ed infine la mielite.

In pratica, si da una maggiore o minore importanza a questa affezione, secondo l'età del paziente; così essa è più dannosa al di là dei trencorrere più facilmente, e con maggior vantaggio, all' intervento chirurgico.

Un fatto da notare è questo, che alcune volte, quantunque si abbia una notevole deformazione angolare, pur non di meno non esiste paraplegia.

Ciò è dovuto al fatto che, tra le lamine e la midolla, esiste un certo spazio che per qualche tempo può impedire la compressione.

Ed ora consideriamo brevemente un sintoma

molto importante: il dolore locale.

In questo caso, che io vi presento, esistono ascessi multipli tra la prima e la seconda vertebra lombari ed in corrispondenza delle radici della coda equina; essi sono accompagnati da dolori intensi, appunto perche sono colpite le radici nervose.

Però un dolore molto forte è del tutto eccesionale, e ciò deriva dal fatto che la malattia colpisce ordinariamente quella porzione della colonna vertebrale, in cui le radici nervose sono molto piccole (regione dorsale).

Prima che il chirurgo si accinga ad una operazione, deve indagare attentamente se esista già la mielite, poiche, se essa si riscontra in un adulto, allora conviene astenersi da qualunque intervento operatorio.

Per iscovrirla, ci serviamo degli stessi messi che ci fanno riconoscere la ematomielia.

Nei ragazzi, la mielite non presenta una controindicazione al'loperazione, perchè essa è più o meno guaribile.

I tumori del midollo spinale o che hanno rap-

porti con esso, sono estremamente rari.

Alcuni di essi si sviluppano primitivamente al di fuori della dura madre ed hanno sventuratamente la loro origine nella spina; essendo più o meno diffusi non si può intervenire in questo caso con successo.

Altri sono più facilmente operabili, perchè sono circoscritti ed hanno d'ordinario sede nell'aracnoide e nella pia madre.

In quanto alle neoformazioni intra-midollari, possiamo dire che, alcune volte, specialmente quando si tratti di cisti o di gomme più o meno circoscritte, si può ricorrere ad una operazione con esito piuttosto favorevole.

Il ritorno però ad pristinum della funzione del midollo, dipende dall' estensione del tumore e dai danni de esso prodotti (The Clinical Journal, 18 gennaio 1897).

Greco

TERAPIA DELLE MALATTIE VENEREE

Centributo alla terapia della bienerragia uretra le eronica cen l'use del sublimate corresivo (Ciaque casi).

pel Dottor PAGLO ANDRIANI

L'opportunità presentatami di aver curato e guarito gli infermi sottonotati affetti da blenorragia uretrale cronica, mi hanno indotto alla pubblicazione del presente lavoro. Non è un argomento nuovo del quale tratto, ma il presentare alla scienza un mio contributo sulla cura della blenorragia uretrale cronica con l'uso del sublimato corrosivo, non sembrami cosa inutile. Ecco intanto i casi clinici.

1.º Luigi Girardi, di anni 86, da Potenza, di ottima costituzione fisica, non ha sofferto mai alcun male degno di speciale osservazione. Nel 1888 si contagiò di blenorragia uretrale; praticò parecchie cure, liberandosi così dalle noie del processo acuto; però gli residuò una semplice blenorragia cronica. Per liberarsi da tal male ricorse a vari metodi curativi senza però ottenerne alcun vantaggio. Presentatosi al mio esame nel 25 ottobre 1891, gli praticai dapprima la esplorazio nevescicale, mercè l'introdusione di una candeletta, notando che l'infermo alla misura di centimetri 15 1₁2 avvertiva dolore e bruciore; ciò mi fece accertare che a tal punto esisteva la lesione. In tal giorno l'urina presentava in sospensione dei fiocchetti biancastri, che analizzati micoscopicamente e chimicamente dimostrarono esser pus. Iniziai la cura delle iniezioni profonde mercè la candeletta del Guyon, iniettando una debolissima soluzione di nitrato di argento. Il giorno seguente praticai la cura con il sublimato : ll' 1,5000 sempre coll'apparecchio del Guyon. Per otto giorni praticai due siringhe quotidiane di cui una la faceva rigettare, e l'altra ritenere.

Dopo tal periodo riosservai l'urina, riscontrandovi molta minor quantità di pus; gradatamente con l'inoltrarsi della cura, riesaminando di tratto in tratto l'urina notavo che il pus diminuiva. In totale praticai n. 28 iniezioni ottenendo la completa guarigione dell'infermo.

2.º Alfonso d'Agostino, di anni 20, da Napoli; di discreta costituzione fisica ed a temperamento eccessivamente nervoso, si contagio di blenorragia che dopo praticate le opportune cure si modifico lo stato acuto residuando la goccetta che osservava al mattino. In seguito all'abbandono di qualsiasi trattamento curativo erasi prodotto anche restringimento uretrale, che curai col passaggio graduale di candelette. Osservai l'urina con presenza di corpuscoli di pus.

Praticai similmente all' infermo precedente la iniezione profon la di nitrato di argento, indi iniziai la cura di sublimato dapprima per due sedute al giorno, indi per una. Dopo 19 iniezioni l'infermo era guarito.

Nell'urina non si riscontravano più tracce di pus. La cura fu eseguita dal 8 maggio 1891 al-

8.º Giuseppe Califoni, di anni 18, da Bari, individuo di mediocre costituzione organica ed a temperamento linfatico, si contagiò di blenorragia acuta, che curò con i soliti rimedi. Sparito lo stato acuto, non si assoggettò più ad ulteriori cure. Osservava inoltre la mattina, occlusione del meato urinario e presenza di pus blenorragico che veniva fuori con la pressione. Similmente agli altri infermi praticai l'iniesione di nitrato di argento. indi iniziai la cura del sublimato, praticando come al solito dapprima due iniesioni giornaliere indi una, in totale 81 iniesioni dal 19 ottobre al 14 decembre 1891.

Però essendosi l'infermo ammalato di altra infermità, dovetti durante la cura fare una non breve sospensione e conseguentemente vi fu ritardo nella guarigione. L'urina esaminata pri ma della cura faceva notare presenza di muco-pus; era libera a cura compiuta,

4.º Purpura Nicola Luigi, di auni 81, da Palermo, di discreta costituzione fisica e temperamento linfatico. Affetto da sifilide, e postumi di olecrano-artrocace a cinistra. Contagiatosi di blenorragia acuta praticò le solite cure per le quali guari del processo acuto; residuatagli la solita coccetta si presentò al mio esame.

Presentava restringimento uretrale che curai con il passaggio di candelette. Iniziai la cura il 4 maggio 1892 praticando la iniezione profonda di nitrato di argento, indi quelle di sublimato nella solita dose. La urina prosentava piuttosto abbondanza di pus.

Dopo 15 iniezioni praticate dal giorno 7 al 25 maggio, l'infermo era guarito e nell'urina non si riscontrava nulla di anormale.

5.º Carlo L., di anni 84, da Milano, di ottima costituzione fisica ed a temperamento sanguigno, da parecchi anni affetto da blenorragia cronica, si decise, stando a Napoli, sottoporsi a cura, e venne da me il 19 decembre 1898. Esplorai la uretra ed a circa 8 cm. del meato, trovai deviazione, e l'infermo avvertiva bruciore. Contrariamente a quanto praticai per gli altri infermi, non adoperai la selita iniezione di nitrato di argento, invoco praticai l'iniezione di sublimato nella solita dose, Eseguii 6 iniezioni dal 19 al 25 decembre e l'infermo guari, e tale guarigione mi fu confermata dall'esame delle urine prive di muco-pus.

Brevi osservazioni. — Si sa da tutti i cultori delle scienze mediche che tutto il tratto che va dal collo vescicale al meato urinario, è denominato uretra ed è costituita da un canale con pareti rivestite di tessuto mucosoe sottomucosa: ora questo canale stante la sua formazione, nei suoi diversi tratti piglia diverse denominazioni che derivano principalmente dalla presenza di una grande divisione naturale, costituita dallo sfintere interposto nel tragitto dell'uretra istessa, da farla distinguere in due parti : tale sfintere è detto sfintere membranoso. A causa di questo sfintere si ha una prima grande divisione in parte anteriore

l' 11 giugno, però l'infermo non fu molto dili-[(dal meato urinario allo sfintere), e parte posteriore (dallo sfintere al collo vescicale).

A questa grande divisione ne succedono delle altre : la porsione anteriore contiene : la porzione spongiosa; la porzione posteriore si divide in porzione membranosa e prostatica.

Premessi questi dati anatomici, incominecrò a trattare l'importanza dello sfintere membranoso. Dividendo esso, infatti, l'uretra, forma un'ostacolo all'introdusione dei corpi estranei nell'uretra stessa, per la grande sensibilità di cui è dotato: talche anche facendo l'esperimento dell'introdusione di un catetere od altro istrumento qualsiasi, s'avvertira a quel punto un senso di spasmo di contrazione. Nella porzione anteriore ha luogo in principio la sede dell'infesione blenorragica e ciò è confermato anche dalla terapeutica consigliata nella cura abortiva, col fare dei lavacri alla porzione anteriore. Si sa che il gonococco è l'agente causale del processo blenorragico; tutte le varietà di epitelio possono essere invasi da tal microrganismo, anche il tessuto connettivo, tanto quello rivestito da epitelio, che quello rivestito da endotelio; sembra però refrattario lo strato corneo dell'epidermide. Le cause anatomiche che dispongono all'invasione sono la vascolarizzazione e la ricchessa di vie linfatiche nei tessuti. Le cause chimiche sono ignote. Nei casi ordinari l'affesione è epiteliale con inflammazione purulenta del tessuto sottostante.

Gli effetti prodotti dall'infezione del gonococco sono: proliferazione di esso negli spazi intercellulari; turgescenza delle cellule epiteliali, invasione degli spazi intercellulari fra parte di cellule di pus; distruzione ed eliminazione di cellule epiteliali ed infiltrazione cellulare del tessuto connettivo. Quando il processo è superficiale, ha luogo la restitutio ad integrum; quando è profondo si ha la retrazione cicatriziale del connettivo.

Vi è stata questione fra diversi clinici se nella affezione blenorragica debbasi tener maggior conto del quadro clinico ovvero della presenza del gonococco. Il Brose di Berlino insiste per il primo fatto; il Neisser di Breslavia insiste pel secondo. Resta quindi cosa ancora d'assodarsi.

Or bene, come ciò avviene nell'introduzione degli istrumenti, così accade con i gonococchi della blenorragia. Infatti, contagiato che sia lo individuo di blenorragia, si osserva che i gonococchi penetrano nel meato urinario soffermandosi nella fossetta navicolare. Qui incomincia il loro periodo di aviluppo e di proliferazione. Avvenuta tale evoluzione, dalla fossetta navicolare cercano guadagnare l'uretra propriamente detta, stabilendo un processo inflammatorio dei follicoli e degli orifisi glandulari, non raramente, con infiltrasione del tessuto mucoso e sottomucoso e si portano sino allo sfintere membranoso.

Questo, per la grande sensibilità di cui è dotato, al giungere di questi elementi, si contrae da occluder loro la via, cosicchè i gonococchi si soffermano nella parte anteriore dell' uretra, dando luogo ad un processo inflammatorio acuto, a localizzato a tal punto, che, in seguito, trassurato o mal curato dà luogo ad un processo diffuso o cronico a seconda del caso. Sicchè tal processo secondo l'intensità ed il tempo, ha luogo per lo più, nella porzione anteriore dell'uretra, e propriamente nell'uretra bulbosa o meglio nel culdi-sacco bulbare. Non deve però escludersi, che tal processo, stante la sua intensità ed il t mpo decorso, possa passare al di là dello sfintere procedendo e soffermandosi al di la di esso, e propriamente nella seconda porzione dell'uretra.

In vista di tal processo residente nell'uretra anteriore o posteriore, comunemente vi è bisogno di speciali e diversi trattamenti curativi.

Una infinità di processi e rimedi curativi ci offre la scienza per combattere la blenorragia, sia acuta che cronica. Da parte gli astringenti, ed i balsamici di cui qui non è il caso discorrerne. soffermeremo le nostre osservazioni sull'uso degli antisettici. E per questi faremo una rapida rassegna volendo specialmente parlare dell'uso del sublimato corrosivo nella terapia della blenorragia.

Abbiamo quindi fra questi: 1º il permanganato potassico; 2º il nitrato di argento; 8º il gallobromolo; 4º l'ittiolo; 5º il perossido d'idrogeno; 6º il salolo; 7º il sublimato corrosivo e molti altri.

Il permanganato di potassio, secondo Janet, sì usa nella proporzione dell' 1 [1000 1 [4000, a seconda l'intensità del processo inflammatorio, e secondo l'istesso autore, guarisce la blenorragia in otto giorni in media.

Il Guiard, usando il permangato inisia la sua cura con soluzione all' 1/4000 o 1/5000 e non l'aumenta se i gonocchi scompalono; ma se per-

sistono, arriva all'112000.

Janet esegue due lavacri al giorno; Guiard due nel 1º, 2º e 4º giorno; al 8º giorno e negli ultimi 4 giorni un solo al giorno. L'Andry usò il metodo Janet, sostenendo che è un ottimo rimedio di sicuro effetto, allorche è bene adoperato. Il Barthelem y ha anche adoperato il permanganato con buono risultato, come si rileva dalla comunicazione fatta al 5º congresso della società francese di dermatologia e sifilografia.

2º Il nitrato di argento usato dal Neisser. Lewin, Finger Velander (1), si adopera in soluzione di 0,10 0,20,1000 e non deve considerarsi come un vero e semplice antisettico.

8º Il gallobromolo usato dal Cazeneuve e Bollet, cura la blenorragia in tutti i suoi stadi calma i dolori e modifica lo scolo vantaggiosamente; ha probabile azione sulle cellule epiteliali che elimina con i gonococchi (2).

L'ittiolo, secondo Colombini, per ciuque minuti in soluzione al 8 per 100 rimasto nell'uretra impedisce lo sviluppo dei gonococchi, ed

al 2 p. 100 lo riterda di molto.

Il solfo-ittiolato di ammonio, sino al 9 p. 100 non da altra molestia che un pò di bruciore al momento dell'iniegione.

Agisce come l'ittiolo semplice, ma più rapida-

mente, ed ha di speciale che spoglia rapidamente ia mucosa impedendo la invasione dei gonococchi (3).

L'Ehrmann ha praticato altre osservasioni

su tal rimedio (4).

5º) Il perossido di idrogeno, usato da von Wedekind per la cura abortiva, si adopera al 10 p. 100 non diluito e praticando cinque iniesioni in 24 ore. L'infermo però deve rimanere a letto (5).

6º Il salolo, secondo Gravtzoff, si adopera in proporzione di 1,1112 grammo in 4 volte al giorno per via interna, ovvero per inicaioni al

1₁2, 8.4 volte al giorno (6).

7.º Il sublimato corrosivo usato largamente dal Neisser e dal Vanttoorh (7) e da questi applicato alla cura della bienorragia, uretrale, riconosciuto quale antigettico per eccellenza e come tale applicato largamente in chirurgia da mutarne completamente gli effetti e farla sorgere a novella vita, usato nella cura della blenorragia uretrale, riesce utile anche in casi cronici, ribelli ad altre cure.

Conserva la sua potente virtà antisettica an-

che adoperato in minime dosi.

Nella terapia della blenorragia cronica, nei casi che ho riferito, è stato adoperato nella proporzione di 1 p. 4000 e qualche volta anche in soluzione più blanda.

Mi si potrebbe far l'obbiesione:

Perché ho praticato in ogni caso, all'inisio della cura l'iniesione di nitrato d'argento?

Perchè con tal rimedio si ha una inflammazione da reazione che denudando la tunica epiteliale della mucosa uretrale la rende più facilmente capace di assorbire il liquido iniettato da ottenerne con più sollecitudine gli effetti per cui tal liquido è adoperato.

Allo scoverto qualsiasi lesione di qualunque forma e natura essa sia, ha luogo più facilmente e con più sollecitudine l'assorbimento del medicamento soprapposto, e nei casi in cui vi è infiammazione con superficie sanguinante, l'assorbimento avviene ancora con maggioce rapidità.

Nei casi in esame, ed in qualsiasi altro caso di simil natura in cui dovessi praticare tal metodo di cura, adopererei sempre similmente l'i-

stesso processo curativo.

Altra ragione facile a comprendersi nell' adoperare tal metodo si è che: con l'infiammazione da reazione prodotta mercè l'uso del nitrato di argento, si ha una modifica nel processo blenorragico, avvenendo che non si è più in cospetto di una blenorragia cronica nel vero senso della parola, ma in uno stadio che vacilla fra il subacuto ed il cronico, e quindi di più facile pro-Cesso curativo.

(2) · Lyon med., » 1898.

⁽¹⁾ Congresco internazionale di dermatologia e sifi-lografia tenutosi in Vienna.

⁽⁸⁾ Comm. Clin. delle malattie cutanee e genito-urinarie 1898.

⁽⁴⁾ Congresso internazionale di dermatologia tenutosi in Vienna.

^{(5) «} Medical Record » 1892. (R) « Riforma Med. » vol. 5. 1898.

⁽⁷⁾ Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia tenutosi in Vienna.

Come si spiegherebbe l'azione del sublimato sulla mucosa uretrale?

Ammesso innanzi, che la blenorragia è il risultato dell'infiammazione dell'uretra sviluppatasi per la presenza di elementi patogeni, detti gonococchi, l'azione principale di qualsiasi farmaco adoperato in terapia per curare la blenorragia, deve aver per unico scopo, quello della distruzione ed impedimento a riprodursi di detti elementi patogeni.

Tal processo deve accoppiorsi a non produrre

alterazioni sulla mucosa uretrale.

Or bene quasi tutte le sostanze adoperate per la cura della blenorragia hanno virtù, sia astringenti, sia modificanti, sia antisettiche.

Di astringenti non è il caso di parlarne, essendosi molte volte avverato che l'uso della cura

con tali sostanze, sebbene produca la guarigione del processo blenorragico, pure può succederne qualche spiacevole incidente consecutivo, da sottoporre l'infermo a novelle cure per nuovi incon-

venienti verificatisi.

Per i modificanti, ma di questi sebbene di effetti dubbi, pure da apportare modifiche al processo blenorragico nel vero senso, non ne abbiamo in terapeutica. Si potrebbe annoverare il nitrato d'argento, ma con tal metodo si ottiene una guarigione, che è una guarigione avvenuta in seguito a reasione e da causticasione con-

Restano quindi gli antisettici nel vero senso della parola; ma tra questi perchè non deve avere

il primato il sublimato corrosivo?

Le sue virtà terapeutiche oramai conosciute fanno si che qualsiasi elemento patogeno sia gonococco o sia il bacillo di Koch, deve alla sua

presenza distruggersi.

Lo sviluppo consecutivo per riproduzione non può avverarsi per le suesposte qualità, ed allora il processo infiammatorio deve diminuire, l'elemento patogeno distruggersi, la mucosa uretrale deve modificarsi e ritornare allo stato di guarigione.

Come si osserva, non vi è bisogno di forti studi per comprendere tali verità terapeutiche, ed allora perchè nella terapia della bienorragia uretrale non deve adoperarsi il sublimato corrosivo, se in tutti i processi inflammatori tal farmaco si adopera con ottimi risultati?

Se ha tali virtu terapeutiche da rendersi antisettico usandolo anche a dosi minime?

Se non produce inconvenienti di sorta durante il processo curativo?

Se si può avere con molta probabilità la gua-

rigione dietro il suo uso?

Se anche adoperato e non riscontrasi alcun miglioramento, non può in alcun modo arrecare danno alcuno, perchè non diffondere tal rimedio nella terapia della blenorragia, sempre però che sia ben adoperato?

Si conclude quindi:

1º Che con l'uso del sublimato non si ha alterasione della mucosa uretrale, ansi é un mezso di guarigione sicuro:

2º Si ha la guarigione relativamente rapida

8º Non si hanno possibili conseguenze nè tema di restringimenti consecutivi;

4º Impossibilità di un peggioramento del processo che potesse sopraggiungere, al contrario di altri farmachi;

5º Non bisogna abbandonare il processo curativo, se qualche volta non sviluppa i suoi benefici effetti dall'inizio della cura,

Napoli; ottobre 1896

FORMULARIO

L'ioscina è un alcaloide isomero dell'atropina, con la quale condivide l'estrema tossicità.

Solubilità: L'joscina è solubile nell'acqua acidulata e nell'alcool, si preferiscono per uso ipodermico i sali di ioscina che sono solubili, nell'acqua: cioè il cloridrato e l'iodidrato.

Proprietà terapeutica. L'ioscina è stata adoperata come succedaneo dell'iosciamina e dell'atropina : come questi due alcaloidi, essa diminuisce le secrezioni, dilata la pupilla ed è leggermente ipnotica.

E' stata adoperata come sedativa nella mania acuta, però è controindicata nei casi di lezioni infiammatorie

dei centri nervozi e delle meningi.

Nell'istero-epilessia, l'ioscina avrebbe l'effetto di prevenire e di diminuire le crisi convalsive; è sopratutto efficace controi tremori, la paralisi sagitans e in generale nelle affesioni croniche dal sistema nervoso accompagnate da disturbi matori.

Come l'atropina, anche l'ioscina èstata preconissata

contro i sudori profusi dei tisici.

Does usuals: Nell'aduito 1/4 di milligrammo nelle 24 ore; deve essere impiegato con precausione.

Effetti immediati dell' iniezione :

Non si ha dolore localmente, ne cambiamento di colore della pelle.

Bifetti lontani: 5 a 10 minuti dopo l'iniezione, com pare aridità della bocca e della retrobocca.

La dilatazione pupillare compare dopo pochi istanti. Al alte dosi si nota una diminusione della sensibilità, e una tendensa al delirio e alle allucinazioni.

Formule.

gr. 0,05 Ioscina. 10.0

Acqua acidulata 14 di centimetro cubo, come mendaneo dell'atropina. (Martindale, Mitchell, Bruce).

gr. 0.002

Acqua acidulata cent. 1 cc. per quattro giorni di seguito, con una intermittenza di 4 giorni di riparo, nelle nevralgie esilet tiformi della faccia.

Cloridrato d'ioscina Acqua distillata 1 a 2 cc. Jodidrato d'ioscina Acqua distillata

(Lannois) gr. 0,005 cent. 10 (Lannois e Gley) gr. 0,01

• 10 (Frunsel)

NOTIZIE

Un ueme-mummia

Grasset, nella clinica medica dell'ospedale di Saint Eloi a Montpellier, ha osservato un individuo di 28 anni, che sin dalla nascita presentò disturbi distrofici dalla cute e dei muscoli, i quali andarono aumentando man mano sino all'età di 12 anni, e da allora in poi restarono stasionari.

Ecco la denominazione che il Grasset ne dà: La pelle della faccia è applicata contro le ussa, l'insieme di essa ha un aspetto cicatriziale. La bocca è immobile, ristretta, semiaperta, come tagliata in un peszo di cuoio, secendo l'espressione di Charcot: le labbra sono troppo piccole per potere ricoprire i denti, e non possono effettuare il fischio. Le orecchie sono appiattite, indurite e non sono più lobulate. Le pupille non arrivono a coprire i globi oculari. Le cesa della faccia sono notevolmente atrofiche e determinano un certo grado di prognatismo. Il cranio è relativamente voluminoso, dolicocefalo: le fontanelle non sono complet. mente ossificate. Le braccia presentano un alto grado di atrofia: la pelle giallastra è inspessita e poco mobile. Inoltre notansi delle retrazioni tendinee che impediscono la completa estensione dell'avambraccio sul braccio. Così pure le retrazioni tendinee mantengono la mano permanentemente fiessa sull'avambraccio, però la fiessione volontaria si effettua ancora. Il torace è ben conformato, solamente la pelle ha sempre gli stessi caratteri e mancano i capessoli delle mammelle. Gli organi genitali sono quasi rudimentari.

Gli arti inferiori sono pure atrofici in alto grado, mancano quasi completamente i peli, e la pelle è sempre sclerotica e fortemente serrata contro le cesa. Nei piedi la dermatosclerosi è più pronunziata che nelle mani; quì si osservano anche delle retrazioni tendinee che determinano delle deviazioni nelle dita. Gli organi viscerali sono normali. Il sistema nervoso è integro: l'intelligenza è sveglia, così pure la memoria. Gli organi sensoriali sono normali. Le varie sensibilità sono tutte conservate. Si può dire che i tessuti di provenienza ectodernica ed endodermica sono sfuggiti al processo degenerativo, il quale s'è localizzato ai tessuti provenienti dal meroderms. L'esame elettrico ha fatto rilevare aumento dell'eccitabilità faradica dei muscoli; però non lentezza di contrazione nè inversione con la corrente galvanica.

Per ciò quest'esame mostra che l'atrofia non è di ori gine mielopatica, nè nevritica, ma che si tratta di una miopatia semplice. Biguardo poi al a causa che l'ha prodotta, non si può dire nulla di certo, giacohè i fattori abituali di degenerazione; sifilide, intessicazioni, eredità artritica, neuropatica, etc., mancano completamente; per ciò il Grosset crede che si tratti di un fatto raro, difficile ad essere classificato dal punto di vista etiologico (Nouvelle Icono-graphie de la Salpétrière, a. 5, 1887).

Mirto

II testamento di Nobel

È stata annunziata recentemente la morte dell' ingegnere Alfredo Nobel, inventore della dinamite, e che aveva legato tutti i suoi b:ni, all'Università di Stokolma. Ciò non è esatto.

Perche, il solo testamento valido scritto e firmato a Parigi da N o b e l il 27 novembre 1892 alla presenza di quattro suoi compatriotti, è stato aperto a Stokolma, il 80 decembre ultimo, e contiene le seguenti disposizioni:

Di tutto il resto dei miei beni realizzaabili sara disposto nel modo che segue:

Col capitale si costituirà una rendita annua che sarà distribuita a coloro, i quali, durante l'anno scolastico, avranno reso dei grandi servigi all'umanità.

La rendita sarà divisa in cinque parti uguali, che saranno attribuite: la 1ª a colui, che nel campo della fisica, avrà fatto la scoperta o l'invensione più importante, la 2ª nel campo della chimica; la 3ª nel campo della medicina; la 4ª nel campo letterario; e la 5ª, a colui, che avrà lavorato di più per la fratellanza dei popoli, per la soppressione o la diminuisione dell' esercito permanente, e Per la costituzione e la propagazione di congressi per la pace.

I due primi premi (fisica e chimica) saranno scelti dall'Accademia di scienze Svedese; i lavori di medicina dall'istituto Carolina di Stokolma, i letterari anco dall'Accademia Svedese, e quello per la propagazione della pace, da una commissione formata di 5 membri eletti dal Storthing (Dieta) norvegiana.

Questa è la mia volontà, che non s'ispira, per l'attribusione dei premt ad alcun sentimento nazionale, e ciò, perchè i più degni, ne ricavino la ricompensa, sia Scandinavo o non. Giusta il testamento, ciascun premio annuale fondato da Nobel, è di 800 mila lire all'incirca.

Gli Istituti Pasteur lu Russia

Il primo Istituto Pasteur, per la cura della rabbia, fu aperto a Odessa, nel luglio 1886, per iniziativa del professore Metschnikof.f.

Nello stesso anno, altri istituti antirabbici furono stabiliti a Varsavia, a Samara, a Pietroburgo a Mosca.

Nel 1887 un sesto stabilimento, dello stesso genere ; fu aperto a Karkoff, ed un settimo nel 1888 a Tiflis.

Tutti questi istituti sono oggi in completa attività. L'ultima statistica pubblicata, mostra, che il totale numero nei diversi istituti, dal 1886 al 1892 è di 14,889 ammalati, dei quali morti 265, una mortalità quindi di 1,84 per 100.

Gli ammalati moraicati da cani arrabbiati furono 9,600 con una mortalità di 0,79 per 100; mentre quelli moraicati dai lupi, hanno dato una mortalità maggiore 11 16,29 per 100.

Il numero degli infermi aumentano ogni anno, ciò mostra la fiducia che la cura inspira nel pubblico, u-sando l'inculazione preventiva.

Paragonando la cura fatta prima dell' impianto degli istituti Pasteur, e quella dopo, si ha: che la gran quantità dei casi, restava sconoscinta alle autorità, e che fra cento individui morsicati da cani o da lupi idrofobi, ne morivano più della metà.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommano.—1. Il progresso medico internazionale. La fisio patologia sperimentale in Germania.—2. Lavori originali. Clinica medica pediatrica di Firense, diretta dal prof. G. Mya. Contributo sperimentale allo studio della genesi della urobilinuria, pel dott. Carlo Giarrè, libero docente di pediatria.—8. Società scientifiche.—4. Pratica della diagnostica.—5. Pratica della medicina.—6. Giorno per giorno.—7. Spoglio dei periodici inglesi.—8. Notisie.

AL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

La fisio-patologia sperimentale in Germania

(Archiv f.experiment. Pathol. u. Pharmakol, 88, B1., 8 5. Heft 8 u. 4):

- i. Sall'asserbimente del ferre nell'intestine s sulla sua relazione cen la fermazione del sangue. M. Cloetta prova sperimentalmente che l'asione favorevole prodotta dall'ingestione del ferro non è da ascriversi ad una speciale asione dell'intestino, ma al fatto che dal ferro anorganico viene prima formata dalla ferratina e poi dall'emoglobina.
- 2. Un centritute alla elbumecuria sperimentale.—

 E. Hesck crede ancora meglio aver dimostrato sperimentalmente l'intimo nesso esistente tra la albumosuria e la febbre, poiché osservò nella febbre, predotta dall'iniesione di nitrato di argento e di tintura di jodo, comparire le albumeci mell'urina e scomparire con la caduta della febbre.
- 3. Sal contenute in antitessina nel liquidi del corpe e nel singeli ergani dei cavalli resi immuni sentre la difteria.—3. Dzierzpowski conclude, sulla base delle que ricerche, che la tossina difterica inoculata nei tessuti del corpo animale viene trasformata in antitossina, poi passa nel siero, e viene in ultimo gradatamente eliminata pei reni e col sudore.

L'idea, che l'antitossina origini dalla tossina, non è nuova, poichè Smirnow, d'Arsonval e Charrin, Bonome e Viola, sono riusciti coll'elettricità a trasformare la tossina in antitossina.

Il processo chimico, che ha luogo nell'organismo nella formazione delle antitossine dalle corrispondenti tossine si poggia verosimilmente, secondo l'autore, sull' ossidazione di queste ultime.

4. Sulla questione dei luoge di fermazione dei produce, secondo l'orea nei mammiferi. M. Noneki e J. P. Pawlow in un aumento ma una dislavoro precedente aveano notato essere assai preci- guigna del cervello.

pitato l'ammettere, che la formazione di urea avvenisse esclusivamente nel fegato.

Dalle presenti ricerche gli autori concludono che il fegato dei mammiferi non è la fucina esclusiva dell'urea, la quale, negli animali a cui si è estirpato il fegato, continua a formarsi nel sangue.

5. Suție alterazioni dei tene e sugli altri fenemeni graficamente ettenibili nelle quattre sezioni del cuere dei mammiferi, mediante la stimelazione elettrica.—Richard Flechel viene alle seguenti conclusioni:

ogni sezione del cuore è capace di agire con lo stimolo elettrico, indipendentemente dalle altre, il che avea già notato K no l'I nell'assissia, nella tersione riell'acrea e dell'arreria polmonare, e nell'avvelenamento da veratrina.

L'incongruenza dell'azione nelle singole par.i del cuore, si manifesta coll'alloritmia, e coll'aritmia delle singole sezioni del medesimo e con un movimento vibratile, che rimane limitato a singole parti del cuore.

L'autore non crede che l'ipotesi di Krone (kere Schmey, secondo la quale un sol) centro di coordinazione domina l'attività del cuore, possa accordarsi coi risultati da lui ottenuti.

La capacità, che ha lo stimolo elettrico, di produrre nel cuore avvelenato con cloroformio, periodi di contrazioni, ha un certo interesse per l'impiego della corrente elettrica nella sincope prodotta dal cloroformio.

Nelle sue ricerche notò ancora, l'autore, contrasioni ritmiche fraquenti, durante l'arione delle prime correnti, le quali, rece più forti, flategginavano aritmie, conservandosi la musoplatura in uno stato tonico.

6. Centribute alla cenescenza della sircelazione sangnigna nei cervello. Max Reiner e Julius Schnitzier comunicano, delle ricerche eseguite negli animali che hanno intrapreso per provare primieramente in quale maniera agisca un aumento non troppo elevato della pressione sanguigna sul circolo del cervello e per vedere quale differenzasi avesse nella circolazione sanguigna, quando lo spazio subaracnoidale fosse intatto od aperto, in altri termini quando la pressione del liquido cerebro-spinale persistesse o no; in secondo luogo, hanno gli autori cercato di produrre quelle condizioni nelle quali l'aumento della pressione sanguigna produce, secondo l'opinione di altri, non più uno aumento ma una diminusione della corrente sanguigna del cervello.

Essi sono venuti alle seguenti conclusioni:
ogni aumento della pressione sanguigna produce una flussione al cervello, la quale rimane,
dopo l'apertura dello spasio sub-aracnoidale,
quasi la stessa di quella che si avea prima dell'apertura del medesimo, in altri termini è indifferente se si apra o no lo spazio sub-aracnoidale.

Inoltre, non credono, come pensano alcuni autori, che al di là di un certo limite l'aumento ulteriore della pressione vasale o della dilatazione attiva vasale non produca più una maggiore iperemia ma una crescente anemia, ed a questo risultato sono venuti ripetendo le esperienze fatte da altri.

7. La riduzione dell'aeide arseniese operata dagii umori degli ergani. C. Binz.—Le ricerche anteriori di altri autori aveano dato per risultato che l'acido arsenieso, in soluzione debolmente alcalina, veniva in gran quantità ossidato e trasformato in acido arsenico, sotto l'influenza dell'umore fresco dell'intestino tenue, della milia e specialmente del fegato.

L'autore ha studiato il processo inverso, cioè quello della ridusione dell'acido arsenioso ed ha visto che parti fresche dell'organismo, specialmente il fegato e l'intestino tenue vivente, hanno potere riduttivo sull'acido arsenioso, ed ha ancora notato che questi due organi possono reagire in modo opposto cioè avere azione ossidante sall'acido arsenioso.

8. Sui disturbi motori in seguito a paralisi contripeta.—H. E. Hering conclude, che i disturbi di motilità nella paralisi centripeta delle estremità nelle rane non colpiscono in generale l'associazione, cioè il sincronismo dei movimenti di estensione e di flessione delle due estremità anteriori e posteriori nel saltare o nel nuotare, ma invece si può constatare tanto una ipocinesi, come nella lunghezza del salto, quanto una ipercinesi, come nel fenomeno di sollevamento; in tutti e due i casi si tratta di mancanza di impulso centripeto, il quale normalmente causa una corrispondente azione muscolare, con la differenza che lo effetto visibile si manifesta nel primo caso con un aumento e nel secondo caso con una diminuzione del movimento delle estremità.

Di tutti i disturbi motorisolo il fenomeno del sollevamento appartiene alla classe dei disturbi motori atassici, ed è appunto questo che non è stato descritto dai precedenti autori.

9. Come si origini l'aumente di temperatura nefl'erganisme febbricitante.—L. Krehi e M. Matthee producevano la febbre negli animali con le albumose e con le iniesioni di microrganismi viventi o dei loro prodotti.

Essi aveano sempre aumento della temperatura per elevata formazione di calore, la quale ultima fu minima soltanto in due casi.

L'aumento delle decomposizioni produttrici di calore nell'organismo, non è affatto parallelo alla elevazione della temperatura, ma in gran parte dipendente dalla disposizione individuale.

L'emissione di calore si comporta variamente, quella per irradiazione è sempre diminuita e quella per evaporazione d'acqua è spesso minore del normale e talora anche un pò più elevata.

In tutte queste condizioni non si ha alcuna differenza caratteristica, nè tra i diversi animali, nè tra le febbri di varia origine.

Tattavia poterono gli autori osservare in tre casi un aumento, quantunque minimo, dell'emissione di calore durante l'ascensione della febbre, il che potrebbe molto probabilmente spiegarsi nel seguente modo: la perdita di calore, quando la febbre è alta, è ordinariamente aumentata.

I due periodi, quello dell'aumento della temperatura e quello dell'altezza della febbre, difficilmente si lasciano nettamente delimitare, e quindi più facilmente possono farsi valere anche durante l'ascensione della temperatura e specialmente al suo termine, le condizioni caratteristiche per l'altezza della febbre.

Quando già si é raggiunta l'altezza della febbre, si osserva sempre, tranne in pochi casi, un'elevata formazione di calore, ed anche qui manca ogni rapporto tra l'altezza della febbre e l'aumento della produzione di calore, tra quest'ultima e le cause speciali della febbre.

L'aumentata produzione di calore è in minima parte dovuta all' alterata meccanica della respirazione, ed in parte è conseguenza diretta dell'elevata temperatura. La emissione di calore fu sempre elevata, ad eccezione di 4 casi, quando si avea una produzione di calore più forte della normale.

Inoltre, gli autori ammettono l'esistenza di una febbre, senza aumento dimostrabile della produzione di calore, quantunque ciò costituisca una rara eccezione.

In una parte dei casi la causa di questa depressione dei processi ossidativi risiede nel collasso, in altri casi nella debolezza corporca e . nella scaduta nutrizione dell' organismo, ed infine in altri casi ancora non si può dare alcuna spiegs.

Gli autori dimostrano altresi che le ossidazioni nella febbre possono o no essere aumentate e che la ragione vera dell'aumento della temperatura sta, sempre come fece rilevare il Sen a tor, in una manchevola emissione di calore.

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA PEDIATRICA DI FIRENZE, diretta dal prof.

M v A. — CONTRIBUTO SPERIMENTALE ALLO
STUDIO DELLA GENESI DELLA UROBILINUBIA, pel dott. CARLO GIARRE, libero docente di
pediatria.

Alle varie teorie, da tempo note, della genesi della urobilinuria, se ne è aggiunta di recente una nuova, che si è chiamata epato-intestinale. Come dice il suo nome, è una teoria eclettica, la quale per spiegare la urobilinuria tiene in considerazione tanto il fegato quanto gli intestini nel senso che per opera del primo si formerebbe una bile più o meno facilmente trasformabile in stercobilina, e dall'interno dei secondi avverrebbe l'assorbimento in circolo del pigmento bilinico da eliminarsi poi per la via dei reni, sotto forma di urobilina.

Già in un lavoro precedente (Lo Sperimentale, Archivio di biologia, fasc. II, anno 1896) io esponeva gli argomenti clinici che mi sembravano mal conciliarsi con questo nuovo concetto patogenetico, e riferivo per esteso un caso di fistola biliare con abituale ipocolia e intensa urobilinuria nel quale esame ripetuti della bile e delle fecce mi avevano dato risultati affatto contrari a quelli che si sarebbero aspettati se la teoria epato-intestinale fosse esatta e in essa stesse la chiave della patogenesi della urobilinuria.

Successivamente, col gentile consenso del prof. Colzi, ho eseguito altre ricerche in un caso simile della Clinica chirurgica di Firenze. Anche qui si trattava di una donna affetta da fistola biliare, e vi era stata nel periodo anteriore a quello in cui mi accorse esaminare la malata, una forte urobilinuria congiunta a non dubbia ipocolia fecale, perchè la donna perdeva molta bile dalla parete addominale. Nel decembre scorso quando la fistola si era assai ristretta, talchè da essa usciva appena tanta bile da macchiare soltanto la garza della medicatura ma non da poter

essere raccolta in quantità sufficiente per un'analisi, le urine, come potei verificare più volte, contenevano costantemente una discreta dose di urobilina,
mentre le fecce esaminate, riguardo al contenuto
di bilina e di bilonogeno coi metodi di recente più
raccomandati (alcool non acidificato, cloroformio
con acido nitrico nitroso, ecc.) ne presentavano
una dose inferiore alle fecce normali.

Io non mi dilungo nella esposizione dettagliata di questo caso, perchè, mancando in esso l'analisi della bile, non risulta così nitido e dimostrativo come quello riferito in precedenza, ma anche in questo la constatazione della urobilinuria permanento, con scarsa stercobilina, in un individuo, in cui esistevano condizioni patologiche tali da diminuire l'afflusso della secrezione biliare nell'intestino, mi sembra un fatto importante e tale da invogliare sempre più allo studio di casi simili.

Del resto lo scopo principale di questa mia pubblicazione è piuttosto quello di riferire i risultati di alcune ricerche, che ho voluto eseguire per controllo di qualche esperienza addotta a sostegno della teoria epato intestinale dai suoi fautori.

Questi esperimenti sono stati pubblicati per esteso del dott. Ohio de ra nella Gametta Medica di Torino, n. 39, 1896, e li riassumerò brevemente.

L'autore ha iniettato nel duodeno o nel digiuno di 4 cani, da 20 a 30 cc. di bile di bue, di maiale e di cadavere umano.

Ha poi esaminato per qualche giorno le urine e le fecce degli animali e ha trovato che coll'iniezione di bile di bue, si produceva una urobilinuria insignificante, mentre all'iniezione di bile di maiale e di cadavere umano seguiva invece una forte urobilinuria e corrispondentemente un aumento della stercobilina. L' autore, considerando che nella bile verde-oliva di bue mancava la stria urobilinica, evidente invece nelle altre due specie di bile rosso giallastra, ritiene di aver fornito la prova sperimentale dell'origine enterica della urobilina e dell'influenza che esercita nella urobilinuria la più o meno facile riducibilità della bile.

Per verificare se i fatti apparissero così semplici e così evidenti come li ha enunciati il dott. Chio dera, ho ripetuto in gran parte le sue ricerche sugli stessi animali e con gli stessi metodi, servendomi cioè di varie specie di bile, per iniettarle in un' ansa alta del tenue, in tutta prossimità del duodeno, ed esaminando poi le urine dei cani operati rispetto al contenuto urobilinico.

Della bile ho fatto culture in brodo e in agar. per provare se era ster le o conteneva microrganismi, e due volte (bile di bue e di maiale) vi ho ricercato con la diluzione, precipitazione con acetato di piombo, ecc., la stria urobilinica, senza riuscire a vederla. L'urobilina è stata ricercata direttamente con lo spettroscopio nella urina acidificata e al tempo stesso estratta col metodo del Mehu e fattane la doppia prova della stria spettroscopica e della fluorescenza. Ho messo la più grande cura nell'analizzare metodicamente le urine e nel raccoglierle sempre con il catetere o direttamente in vasi di cristallo quando gli animali, portati a passeggio, le emettevano. Ritengo tale precausione assai importante per garantirsi da possibili mescolanze con materie fecali, inquinamento che devesi certo evitare in ricerche, dirette allo scopo di scoprire nelle urine, anche minime tracce di urobilina.

I risultati che sono andato man mano ottenendo rispetto alla urobilinuria, mi hanno dispensato dallo esame della stercobilina, per la quale non esiste finora, a parer mio, un metodo dosimetrico sicuro. Con tali criteri ho fatto le seguenti esperiense:

Esperienne I.a—9 aprile 1896, ore 16 1₁2. Una cagna da caccia, del peso di kgr. 17,500, previa narcosi cloroformica viene sottoposta alla laparotomia. Aperto il peritoneo s'incontra qualche difficoltà a trovare il duodeno, causa l'abbondanza dal mesentere e poi la presenza dello stomaco che fa ernia dalla ferita addominale. In tale manovra una certa quantità di sangue si versa in cavità. Trovato il duodeno s'iniettano in esso, con siringa metallica sterilizzata, 30 cc. di bile di bue freschissima e sterile (prove delle culture).

La bile verde esaminata con diluzione di acqua, precipitazione con acetato di piombo, filtrazione, ecc., non presenta la stria urobilinica. Le urine della cagna, raccolte col catetere prima dell' operazione sono giallo chiare, limpide, senza traccia di urobilina.

10 aprile, ore 9. L'animale è molto abbattuto, rifiuta gli alimenti e si muove a stento. Col catetere si raccolgono 70 gr. di urina giallo-verdastra, con peso specifico di 1042; molti cristalli di nitrato d' urea (prova di Heller) e tracce di albumina: bilirubina e urobilina assenti.

Lo stesso giorno, a ore 17, si ripete il cateterismo, e si hanno risultati simili tranne che, mentre estratta l'urobilina nella soluzione alcoolica non si vede stria, con la reazione zinco ammoniacale si nota una debole finorescenza. 11 aprile. Con due cateterismi (ore 9 e ore 17) si ottengono 100 gr. di urina giallognola, con peso specifico 1015, sensa albumina nè bilirubina e sensa stria urobilinica visibile direttamente allo spettroscopio. Fatta l'estrasione dell'urobilina, si ottiene una stria sottilissima e una fluorescensa evidente.

12 aprile. L'animale è assai più vivace; mangia e si muove sensa difficoltà. Si hanno 60 gr. di urina giallo-chiaro. Urobilina assente.

18 aprile. 100 gr. di urina giallo-chiaro. Urobilina assente.

14 aprile. Si abbandona l'osservazione riguardo all' urobilina. In 6º giornata si tolgone i punti, alcuni dei quali hanno suppurato: La guarigione avviene poi assai presto e sensa incidenti.

Esperienza 2.ª — 29 novembre 1896. In una cagna da caccia del peso di 26 kg., si esaminano le urine, che risultano prive di urobilina. A ore 15, previa narcosi con iniesione ipodermica di morfina e inalazioni di cloroformio, si fa la laparotomia e in un'ansa del tenue molto prossima al duodeno, si iniettano 30 cc. di bile di maiale rostastra, sterile e non presentante la stria urobilinica. L'operazione procede rapida e non da luogo ad effusione di sangue. La sera stessa l'animale beve del latte e può camminare.

80 novembre ore 101₁2. Col catetere sì estraggono 50 gr. di urina limpida, verdognola, sensa bilirubina, nè urobilina. Il giorno stesso a ore 17 si ottengono le urine direttamente in un vaso di cristallo e la prova del pigmento biliare e della urobilina riesce pure negativa.

1º decembre. Bisultato identico nelle urine della mattina e della sera. Fecce solide, abbondanti, con tanta stercobilina da richiedere per 1 co. dell'alcool, ove si è estratta, la diluzione di 12 co., onde veder distinta una grossa stria.

2 decembre. Due analisi di urine dimostrano l'assenza di urobilina. L'aspetto della sutura è eccellente; le condizioni dell'animale ottime.

8 decembre. Fatta ancora inutilmente una prova della urobilina si lascia l'osservazione. I punti della sutura si tolgono in 7a giornata e la ferita guarisce rapidamente.

Esperienza 3.ª—5 decembre 1896. Dall'Istituto di anatomia patologica mi viene gentilmente fornito il contenuto della cistifellea di una donna morta per polmonite crupale, e di un uomo morto per stenosi mitralica, con fegato da stasi.]

Le due bili hanno colorito rosso-aranciato, e mescolate insieme raggiungono complessivamente la quantità di 28 cc. Ne faccio culture in agare in brodo dalle quali si sviluppano poi abbondanti colonie di stafilococco albo. Lo stesso giorno, previm la selita narcosi con cleroformio e morfina, suttopengo alta laperotomia una cagna di razza maremmana, del peso di kg. 19,600 e in tutta prossimità del duodeno inietto il miscuglio delle due bili cadaveriche.

6 decembre, ore 9. Urina gr. 800, giallo-verdognola, peso specifico 1007, leggermente alcalina. Non contiene birirubina, nè urobilina. Lo stesso risultato a ore 16 con urina raccolta direttamente mentre l'animale minge.

- 7 decembre. Due analisi, urobilina assente.
- 8 decembre. Due analisi, urobilina assente.
- 9 decembre. Due esami; urina di un colorito giallo più carico; urobilina mancante anche in minime tracce.

10 decembre, 1 analisi; urobilina assente.

Il di 11 decembre si tolgono i punti e si abbandona l'osservazione; la ferita guarisce per la intenzione.

Esperienes 4.2—17 decembre, ore 16. Alla stessa cagna maremmana dell'esperienza precedente, ripeto la laparotomia e senza fare nell'intestino iniezione di sorta, lascio versare nella cavità addominale una certa quantità di sangue proveniente da una piccola arteria incisa nel tagliare lo strato muscolare profondo delle pareti dell'addome. Faccio al solito la doppia sutura degli strati profondi e dello strato superficiale.

18 decembre. La cagna si è lamentata tutta la notte, è molto abbattuta, e non vuol nutrirsi. Non si riesce a raccogliere urina.

19 decembre. La cagna è più vivace e può muoversi; beve del latte.

Nelle urine della sera, di un colorito giallo carico, non si vede direttamente la stria urobilinica, che è appena accennata anche nella soluzione alcoolica ottenuta col metodo del Mehu; vi è però assai evidente la fluorescensa.

20 decembre. Dalle urine del mattino si ottiene una soluzione alcoolica con stria urobilinica sottile, ma ben distinta, e fluorescenza visibilissima: Ideur nelle urine della sera:

21 decembre. Due esami di urina; stria appena accennata; fluorescenza manifesta (metodo del M'e h'w).

22 decembre. Due esami di urina; doppia prova dell'urobilina negativa.

 28 decembre, un esame di urina; urobilina assente.

24 decembre. Risultati identici; si abbandona l'osservazione.

Alla fine di decembre l'animale è completa mente guarito.

Sopra 3 iniezioni di bile nell'intestino del cane, io ho dunque avuto, rispetto all'urobilinuria, due risultati affatto negativi, e, in un sol caso la comparsa di una traccia minima di urobilina nelle urine, e per l'appunto ciò si è verificato in quella cagna, in cui avevo iniettato la bile di bue, quella bile di colorito verde-oliva, che secondo i fautori della teoria epato-intestinale sarebbe la meno riduoibile ossia la meno atta a produrre urobilinuria.

All'opposto, dopo l'iniezione di bile di maiale e di cadavere, non he potuto osservare, malgrado ripetute e metodiche analisi, la minima traccia di urobilina negli animali operati.

E notisi che la bile umana aveva proprio quel colore giallo rossastro che sempre secondo i medesimi autori sarebbe il segno quasi cavatteristico della massima riducibilità del contenuto della cistifellea e che i cadaveri, da cui la bile stessa era stata raccolta, si erano appesitamente scelti perche presentavano lasioni, patelogiche solite ad accompagnarsi in vita con intensa urobilinuria (pneumonite crupale e fegato cardiaco).

Le mie prime 3 esperienze sarebbero dunque contrarie all'ipotesi della maggiore o minope, riducibilità della bile.

Ma io ho cercato di rendermi ragione anche delle tracce di urobilina osservate nella esperienza 1ª, e considerato che in essa l'operazione era stata più laboriosa ne si era potnta evitare una discreta emorragia nel cavo peritoneale, ho riprodotto artificialmente il fatto con la esperienza 4ª, dove senza iniezione di bile verde, gialla o rossa, ma con la samplice emorragia intra-peritoneale, ho ottenuto una urobilinuria non intensa, ma certo superiore a quella della 1ª esperienza.

Del resto il risultato non mi ha sorpreso, essendomi noto che già da gran tempo altri osservatori avevano messo in rapporto l'urobilinuria con versamento sanguigno di alcune cavità sierose, quali l'emorragia cerebrale, l'ematocele retro-uterino (Kunkel, Bergmann, Dicke Jaksch).

Conchiudendo, adunque, a me sembra che le prove sperimentali che si potrebbero addurre in appoggio della teoria epato intestinale sieno finora per lo meno troppo incostanti, mentre d'altro lato non mancano osservazioni cliniche difficilmente conciliabili con tale tooria.

Prima di terminare, sento poi il dovere di rin-

graziare il prof. Bufalini e il dottor Coronedi, che mi assisterono nel 1º esperimento e il prof. Mya nel cui laboratorio ho eseguito le altre tre esperienze.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. Accademia medica di Torino. Su alcune particolarità delle cellule nervose del midollo spinale messe in evidensa col metodo Golgi. - Sulla presensa del bacillo di Klebs-Loeffler nel catarro acuto della congiuntiva umana. - Accademia medico-fisica di Firenze. Contributo sperimentale allo studio della genesi della urobilinuria. - Sulla partecipazione del nervo facciale superiore nella emiplegia. - Società di medicina interna di Berino. - Canero dello stomaco. - Gli pneumococchi nel sangue. - La peritiflite nei bambini. - Società medica degli ospedali di Parigi. - Ematolusi in un'infesione streptococchica; guarigioue. - La sona sonora inferodorsale sinistra.-Un caso di sigmoidite acuta. - Ectopia cardisca patologica. - Società di terapia di Parigi. - Le ipereloridrie. - Vini rossi e bianchi.

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Tornata del 22 gennaio 1897.

(NOSTRO RESOCCETO PARTICOLARE)

Presidente M o.

Su aloune particolarità delle cellulo nervose dei midolio spinalo, messe in evidenza coi metodo Golgi. Martinotti nell'esaminare alcuni pezzi di midollo spinsie trattati col metodo del Golgi, mise in evidenza alcune particolarità degne di nota. Si tratta di alcunche di reticolato molto fino e caratteristico, composto di tenuissime fibrille che si suddividono e si anastomizzano; l'aspetto non é sempre fibrillare, ma si hanno talora delle porzioni di sostanza di forma triangolare o quadrangolare, dai cui angoli partono fibrille che vanno a terminare in altre fibrille o in altre zolle. Nel dare un giudizio su questo fatto, l'oratore ha badato essensialmente al rapporto che questo intreccio prende col corpo della cellula e ne ebbe l'impressione che esso si trovi alla parte periferica di essa, e così per riguardo ai prolungamenti protoplasmatici, per quanto però, per riguardo a questi, non abbia riscontrato per brevi tratti l'effettuarsi della reasione. Per riguardo al colore non si ha una colorazione nera quando la colorazione riesce in massa nella cellula, ma una tinta chisro-caffe semi-trasparente. al pari di quella che avviene nelle guaine di Schwann, Il reticolo poi si presenta abbastanza serrato, ma più serrato ancora venne da lui riscontrato in altre località, ocme nelle cellule della corteccia cerebrale. Ora da tutto questo, cicè dalla disposizione per rapporto al corpo delle cellule, dal colore, dal potere mettere in evidenza una specie di involucro nelle cellule dei gangli spinali, pare all'oratore che si possa trattare sto lavoro si trova una estesa recensione nel nº 14 qui di alcunche di neuro-cheratinico, di cui si ha di questo giornale. un'idea del potere isolante, per cui da questi

fatti non riceverebbe un favorevole appoggio la teoria del contatto accettata da molti autori.

Sulla presenza del basille di Kisbe-Löffler net catarro aento della congiuntiva amana. Poe nella secrezione congiuntivale di 75 casi di catarro acuto, ha constatato in 20 di questi casi, con prove batteriologiche e sperimentali, la presenza del bacillo della difterite, solo od associato ad altri microrganismi. L'iniesione delle colture pure in brodo, nella dose di 1 cc., sottocute nelle cavie, le uccise in un tempo variabile da 20 ore a 6 giorni in 11 cssi; in 6 casi produsse solo manifestazioni locali senza la morte dell'animale. ed in 8 fu completamente inattiva.

La presenza del bacillo di Löffler in forma leggerissima di congiuntivite pseudomembranosa, fu per la prima volta constatata da Ulsthoff e Fraenkel nel 1898, e successivamente da Schirmer, Morax, Per, Coppez, Funck, ecc.

Nella Società Patologica di Londra (decembre 1895), Kanthack riferl di aver trovato in due casi di ordinaria oftalmia muco-purulenta, un bacillo che si mostrò identico al bacillo difterico, ed Hippel, nel congresso degli oftalmologi tedeschi tenutosi nell'agosto del 1896 in Heidelberg, riferi incidentalmente di aver trovato il bacillo di Löffler virulento in un caso di catarro acuto della congiuntiva. La ricerche che qui l'oratore riferisce furono intraprese fin dal 1º semestre del 1895 e dimostrano come il bacillo della difterite, anche virulento, può dar luogo, con frequenza, al catarro acuto della congiuntiva che non differisce dal tipo clinico comune di questa affezione. Come agente speciale della forma epidemica della congiuntivite acuta, fu descritto da Weeks, Kartulis, Moraz, un bacillo che per caratteri morfologici e culturali appare all'oratore identico al bacillo difterico rinvenuto nei suoi casi.

Risulta adunque una frequenza notevole del bacillo di Löffler in inflammazioni acute della congiuntiva, e questo fatto è veramente importante dal punto di vista epidemiologico della difterite.

Fornaca

ACCADEMIA MEDICO-FISICA DI FIRENZE

Tornata del 14 gennaio 1897.

Pres. Prof. BANTI (Nostro resoconto particolare)

Contribute sporimentalo allo studio della gonesi della uroblimuria. C. Giarrè (Vedi Lavoro criginale in questo numero di giornale).

Sulla partecipazione del nervo faccials superiore nella emiplegia. Puglicce comunica i risultati di numerose ricerche fatte da lui e dal dott. Milla, le quali sono state pubblicate nella «Rivista sperimentale di freniatria», fascic. IV, 1896. Di que-

limo*netti*

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO

Tornata del 4 gennaio 1897.

Cancre delle stemace. Bose presenta un individuo di b0 anni, in cui la diagnosi di carcinoma dello stomaco era stata fatta esclusivamente sull'esame dei sintomi i ubiettivi e del contenuto gastrico.

L'operazione praticata da Hahn mostrò la presenza di un cancro del piloro, il quale fu estir-

pato in totalità.

L'oratore conchiude, che anche nell'assenza di un tumore apprezzabile alla palpazione, vi può essere l'indicazione dell'intervento chirurgo, quando il corso della malattia, i risultati dell'esame del succo gastrico e gli antecedenti fanno pensare ad un cancro, anche che i disturbi dispeptici sieno leggieri, e non esista ancora la cachessia.

Gli pacumeccechi nei canque. Frankei presenta le culture di pneumococco ottenute con l'innesto del sangue di uno pneumonico al 4º giorno della malattia, due giorni prima che fosse morto.

Secondo l'oratore, la penetrazione dello pneumococco nel sangue costituisce una causa di grave

prognosi.

La peritifite nei bambial. Kareweki mostra dapprima quauto sia difficile di formarsi un'idea sulla frequenza della peritifitte nei bambini, secondo le statistiche che sono state pubblicate.

L'inizio della peritiflite, spesso è confuso con un estarro gastrico accompagnato da costipazione, e quindi curato coi purganti i quali aggravano la condizione morbosa. In altri casi, la peritiflite è confusa con l'ileo e curata con le irrigazioni, le quali hanno un'influenza funesta.

Alle volte i sintomi subiettivi a causa della loro poca gravessa, sono appressati con troppo ottimismo quando invece esiste una peritonite diffusa e spesso si rinunsia ad una operazione considerata come inutile, quando un altro chirurgo la pratica, assicurando la guarigione del bambino.

In generale, secondo l'oratore, se nei casi leggieri non bisogna ricorrere all'operazione, occorre sempre tenersi pronti se essa diviene necessaria.

SOCIETÀ MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI

Tornata dell' 8 gennaio 1897.

Ematelusi in ana infezione streptococchica. Guarigiene. Dalché. — L'osservezione riferita, riguarda una donna dell' età di 27 anni che presentava uno stato tifoideo allarmante con stupore e subitterista.

Dopo l'iniesione di un litro di siero artificiale di Hayem, praticata per cinque giorni consecutivi, lo stato generale miglierò notevolmente e l'inferma guari del tutto.

L'oratore ritiene che l'iniezione intravenosa di siero artificiale abbia un'azione stenica molto notevole, per cui viene favorita la resistenza che oppone l'organismo contro la malattia.

I fenomeni critici sono incomparabilmente più accenuati di quelli che sopravvengono in seguito alle iniezioni sottocutanee, ma il lavacro per la via intravenosa richiede assolutamente l'integrità completa del rene e del cuore. Difatti l'oratore ricorda gli accidenti che possono sopravvenire, e raccomanda che bisogna esaminare il cuore ed il polso con la stessa cura che si pone nel verificare lo stato funzionale dei reni.

La zona senera infere-dorsale sinistra. Galliard.-Esiste posteriormente alla base della metà sinistra del torace, una zona sonora estesa orizzontalmente dalle ultime vertebre dorsali alla regione ascellare inferiore, la quale presenta delle modalità plessimetriche sotto l'influenza dello stato del polmone ovvero della distensione gassosa dello stomaco e del colon. L'oratore riferisce quali siano i cambiamenti di suono che si verificano in questa zona, in alcune condizioni patologiche, fermandosi sopratutto a considerare i casi di pneumonite, di pneumotorace semplice, d' idro-pneumotorace e così via. Conchiude che è dal punto di vista della cura della plaurite sinistra, che bisogna studiare la plessimetria della sona infero-dorsale.

Un case di elgmeldite acuta. Gailiard riferisce pure il caso di una donna ricoverata all'ospedale Tenon, con la diagnosi di metrite, la quale dopo otto giorni presentò i seguenti disturbi : arresto della emissione delle fecce, persistendo l'emissione di gas, vomito, prostrazione profonda, cefalea intense, e febbre elevata.

Si constatò nella fossa iliaca sinistra un tumore voluminoso, ovoidale, facente corpo con l'S' iliaca, non depressibile, nè fluttuante, poco mobile e soltanto doloroso alla pressione. L'esplorazione vaginale dimostrò l'integrità dell'utero e degli annessi.

Il quinto giorno dalla comparsa di questo tumore, dopo l'uso dei clisteri purgativi, si ha la emissione di fecce e poscia diarrea. Il tumore diminul progressivamente fino a ridursi al volume di un uovo di pollo.

Contemporaneamente miglioro lo stato generale e tuttavia si nota nella fossa iliaca sinistra una massa dura e mobile paragonabile ad una grossa noce.

Ectopia cardiaca patelegica. Meutard-Martin presenta un infermo che si era creduto affetto da ancurisma dell'acorta, nel quale invece la radioscopia dimostrò un'ectopia del cuore a destra.

Questa ectopia patologica si era determinata per antiche aderenze pleuriche.

Fernet mostra i pessi anatomici di un caso di linfadenia generalizzata.

Hayem legge un lavoro sulla persistenza della proprietà agglutinante del siero dei tifosi dopo il riscaldamento a 57°-59°.

Bentivegna

SOCIETÀ DI TERAPIA DI PARIGI

Tornata del 14 gennaio 1897.

Presidente Josias

Weber ringrazia la Società per l'onore conferitogli di avere presieduto le discussioni dell'anno 1896, e lascia il posto al nuovo eletto.

Joelas anche ringrazia la Società.

Pouchet ringrazia pure, per essere stato scelto a vice-presidente:

Le ipsrcioridrie. Mathieu distingue delle varietà di ipercioridria.

Alle volte l'ipercloridria è latente, e 4 individui di buona salute, sopra sei, esaminati da lui, erano ipercleridrici.

A volte l'ipercloridria è una semplice coincidenza con altre malattie.

Altre volte, l'ipercloridria è discontinua, con parosismi dolorosi, che sono legati a cause morali o fisiche, e che scompaiono con la cura della causa provocatrice.

Le ipercloridrie discontinue, con parosismi quotidiani, si curano con gli alcalini, si proibiscono gli aromi e l'alcool, e la somministrazione degli alcalini. deve fazzi quando il dolore incomineia, in quantità sufficiente, per fare scomparire i dolori.

Ciò che è più importante nell'ingestione degli alcalini, si è, non la natura, non la quantità del medicinale, ma la maniera di somministrarlo.

Quando l'ipercloridria é continua, si può avere assenza o presenza di stasi gastrica. Quando c'è stasi bisogna fare la gastro-enterostomia, ovvero passare la sonda tutte le mattine, senza fare il lavacro, che aggrava l'ipersecrezione.

L'oratore, crede sempre più all'utilità del latte e degli sicalini. Prescrive il latte ogni tre ore a piccole prese, addizionato con acqua di calce (100 grammi per litro).

In seguito a questa cura, tosto gli ammalati possono incominciare ad usare le uove, le carni bollite e poi arrostite.

Logendre si leva contro le parole iperstenia e ipestenia usate da Bard et in una sua comunicazione, perche non hanno un vero significato preciso.

Egli ha notato i benefici effetti, in casi simili a quelli de Bardet, coll'idroterapia tiepida e l'astenzione da qualunque terapia attiva:

Boyet nota i benefici effetti delle compresse fredde per lenire i dolori degli ipercloridrici.

Legendre invece ha visto utili le compresse calde.

Vini ressi e bianchi. Vigier richiama l'attensione dei soci, sulla traeformazione artificiale des vini rossi in bianchi.

Bevet e Huchard riferiscomo un' osservazionne di pictorvisità infettiva, guarita con l'iniezioni sottocutanee di soluzione salina di cloruro sodico. Vajana

PRATICA DELLA DIAGNOSTICA

La diagnesi precess della spendilite inhercelara. A. Hoffa.—La spond.lite tubercolare è di diagnosi difficile al suo inizio e viene facilmente confusa con affezioni nevralgiche, malattie del tubo gastro-intestinale e nelle donne anche con malattie dell'utero e delle ovaia. La diagnosi precoce della suddetta malattia è di grande interesse, perchè la prognosi di ogni singolo casodipende in gran parte da un trattamento razionale e fatto in tempo utile. L'autore accenna quindi a due sintomi principali, che possono far stabilire la diagnosi di spondilite tubercolare, ed i quali sono i dolori e le particolari posizioni di contrattura del dorso.

I dolori, al principio della malattia, non sono esclusivamente localizzati nella colonna vertebrale, ma hanno il: carattere di doleni a cintura, che s'irradiano nelle estremità inferiori. Gli adulti dipingono il dolore come una pressione sorda, profonda, che si fa più intensa con la pulsasione; i bambini manifestano i dolori con una espressione sofferente della faccia, con lamenti in tutti i movimenti; i ragazzi si lamentano per lo più di dolori all'addome al torace ed alle membra, che vengono rinformati- nel tomice, nello-statundane e nel ridere. Questi dolori si hanno spesso di notte, alle volte s'irradiano alla punta del pene ed alla vescica e fanno nascere il sospetto di calcoli in vescica, talora sono lancinanti come nella tabe, ora insorgono in forma di crisi gastriche (Imberdis), ora infine danno luogo ad accessi epilettiformi (Lannelongue). Non è raro, che i dolori siano accompagnati da iperestesie ; essi si hanno nella posizione seduta e non in quella

Il secondo sintoma principale della spondilite tubercolare è la speciale posizione del tronco, che si osserva dopo aver fatto svestire completamente il paziente, e la quale è dovuta allo sforso che fa l'ammalato, per fissare la colonna vertebrale lesa ed evitare ad essa ogni movimento. A questo scopo il paziente contrae determinati muscoli; così, quando la malattia ha sede nella porzione cervicale, esso porta la testa in avanti o lateralmente, in guisa da dare l'immagine di un torcicollo; quando l'effezione ha sede nella porzione toracion della colonna vertebrale, allora si osserva una deviazione di tutta la parte superiore del corpo, verso un lato (scoliosi); se infine il morbo attacca la porzione lombare, allora l'ammalato porta il tronco all'indietro.

La rigidità della colonua vertebrale è conservata dall'ammalato in tutti i suoi movimenti.

Questi due sintomi sono di grande importanza per stabilire con certezza e precocemente la disgnosi dispondilite tubercolare ed un trattamento adatto, che possa far fare una prognosi fausta (Zeilschr f. prakt. Aerste, n. 1, 1897).

Socialinei

Un case di musimuria nella maiattia di Addison. Robison riporta un' osservazione, in un uemo di 85 anni, in preda ad una debolessa generale progressiva, vomiti ripetuti accompagnati da dolori alla regione ipogastrica, e da forti difficoltà nell'uriuszione. L'ammalato presentava una pigmentazione diffusa nella linea alba, nelle regioni lombari, sternale, sotto-scapolari, nelle ascelle, nelle spalle, nella verga e nella scroto: tale pigmentazione non scompariva dopo ripetuti lavaggi con accua suponata calda.

All'espioratione degli organi urinari, non si notava traccia di restringimente, solo dal catetere veniva fuori una sostanza semiliquida, filante, mucosa, che all'esame chimico risultò costituita di mucina pura: in essa vi erano anche

degli schizomiceti.

Progredendo sempre più la cacchessia, l'amma-

lato veniva a morte dopo pochi giorni.

L'autopsia non fu fatta: però l'autore, conoscendo una comunicazione recente simile, di Q u e n u e L a n d e l l e, sull'origine del muco in un caso di canero ano-rettale, crede, che nel periodo terminale di questo caso di malattia addisoniana, il muco provenendo dai granuli cromatici, avesse riempito i vacuali vuoti dei nuclei cellulari deglii organi affetti (La Mèdecine modèrne, n. 6, 1897).

Us case d'assite initea asa chiesa. Sainton. —
Svariate opinioni cono state emesse sulla natura del liquido, che costituisce l'ascite lattea o chilosa; alcuni lo considerano come chilo, altri come liquido grassoso, che risulta dalla degenerasione di elementi diversi (leucociti, cellule epitaliali); altri infine credono che si tratti di un espandimento speciale, che di un tratto assume lo aspetto di un'emulsione grassosa.

In una recente comunicazione alla Società medica degli ospedali (18 novembre 1896), A c h a rd, riferisce, un caso d'ascite lattea, nel quale il liquido conteneva una picola quantità di grasso, e al microscopio, delle fine granulazioni rifrangenti che non avevano i caratteri distintivi delle granulazioni grasse. Invece, conteneva globulina e nucleo-albumina.

In un'altra osservazione riferita da L i o n (Arch. de mèd. experim. 1898), il liquido ascitico, di apparenza chilosa, non con eneva grasso, ma una sostanza albuminoide, analoga alla caseina, che poteva essere classificata tra i glicoproteidi.

L'autore ha osservato un caso d'ascite lattescente, avente grande somiglianza a quello osservato da Achard, che crede utile pubblicare, specialmente, che un esame chimico completo del liquido, fu eseguito da Meillère farmacista capo.

L'osservazione riguarda un' inferma a 56 anni. Nulla si nota negli antecedenti ereditari e personali.

Nel febbraio 1895 incominciò a soffrire di intenso dolore alla regione renale, che s'irradiava a tutto l'addome, che gradatamente aumentava di volume, senza febbre, nè itterizia, invece diarrea piuttosto profusa.

Nel novembre 1896, furono praticate due punture esplorative, con le quali si estrasse un liquido lattescente.

Nell'ottobre l'inferma si aggrava e muore. All'autopsia, si riscontrano, nella cavità addominale, 10 litri di liquido lattescente, un'infiltrazione cancerosa della regione pilorica, diffusa al duodeno, dilatazione considerevole di stomaco.

Il liquido, di aspetto lattescente, paragonabile,

al latte diluito.

L'esame miscroscopico mostra, ch' è costituito, da numerose granulazioni finissime rifrangenti, animate da movimenti browniani, che non ai colorano con l'acido osmico: nel campo del microscopio, si riscontra qualche cellula epiteliale deformata, e rari globuli bianchi.

Ecco il risultato delle analisi dei tre liquidi

successivamente raccolti.

1º Liquido: reasione neutra; densità 1,008; albumina gr. 8,20 per litro; materie grasse grammi 0,21; cloruro di sodio gr. 8,04.

2º Liquido: reasione debolmente alcalina; densità 1,009; albumina gr. 4,24 per litro; materie grasse gr. 0,19; cloruro di sodio gr. 7,50; urea gr. 1,2:1.

3° Liquido rascotto dopo la morte: densità 1,009; estratto secco a 75° gr. 21,440 per litro; estratto secco a 100° gr. 21,860 per litro; globulina grammi 6 per litro; altri albuminoidi gr. 4,450 per litro; materie grasse gr. 0,670; sali totali grammi 8,840 per litro; cloruro di sodio gr. 7,120 per litro; acido fosforico gr. 0,258 per litro; asoter totale gr. 1,729 per litro.

Zucchero: positiva la ricerca col liquore di

Fehling; negative col polesimetro-

Il siero del sangue raccolto: cen una ventesascarificante non aveva l'aspetto lattescente (Gamette hbdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie n. 6, 1897).

Vajana

PRATICA DELLA MEDICINA

SOMMARIO. — 1. Cura delle crisi parosistiche degli ipertlor idrici. — 2. Cura della siflide con le iniccioni intra-muscolari di salicilato di mercurio. — 8. Su tre sintomi rari della tabe dorsale (emartrosi tabetica, paralisi del nervo crurale, tremore atassico della lingua).

Bardet.—Cura delle erisi parosistiche degli ipercleridrici.

Negli ipercloridrici le crisi parosistiche si presentano spesso, sia come accessi più o meno lontani, i quali rappresentano il solo sintoma della malattia, ovvero come crisi acute che complicano uno stato cronico ben manifesto.

La cura più ordinariamente adoperata, si riassume internamente nell'uso di soluzioni alcaline a base di soda, che spesso si adoperano in tale quantità da esacerbare ed alle volte prolungare la durata dello accesso.

L'autore ritiene che in questi casi non si fa altro che fornire all'organismo la materià primaper la fabbricazione dell'acido cloridrico, in modo che una crisi la quale sarebbe durata per lo spa-

In generale il compito del medico deve terminare quando egli ha già saturato l'acido in eccesso con un pò di magnesia o con bicarbonato di calce, ed avrà somministrato qualche calmante, fra i quali occupa il primo posto l'oppio.

Invece, secondo l'autore, bisogna intervenire attivamente dopo la crisi, per regolare il regime

alimentare.

Spesso si considera l'uso esclusivo del latte. come il solo alimento da somministrarsi ai gastropatici, e non si tiene conto, che se il latte è il migliore degli alimenti allorquando non è possibile alcuna altra alimentazione, o dopo delle crisi acute, non tarda a diventare una causa di disturbi gravi, quando l'uso ne è prolungato per lunga durata.

Il latte, come si sa, è un meszo di cultura eccellente per i fermenti anormali dello stomaco e nei casi molto frequenti di fermentazione visiosa, porta degli inconvenienti abbastanza seri.

L'autore, dopo avere illustrato alcune osservazioni cliniche, conchiude che una cura troppo attiva nella ipercloridria determina i più seri inconvenienti, giacchè essa aggrava uno stato gastrico per sè stesso molto serio, e non può es sere ammesso che quando la diagnosi sia realmente e scientificamente stabilita (Bulletin de Thérapeutique, 15 gennaio 1897).

Bentiveana

fiallopeau o Bureau.—Cura della sifilide sen le iniczioni intra-muscolari di calicilato di mercurio.

L'uso del salicilato di mercurio nella cura della sifilide non è nuovo; numerosa memorie, fra le quali citiamo quelle di Eicherlinden, Blaschko, Petersen, Neumann, Nacciarone, ecc., sono state pubblicate per illustrarne la sua azione.

In base ai buoni risultati ottenuti, gli autori, hanno creduto di sperimentarlo in molti sifilitici a loperando la seguente formula:

Salicilato di mercurio Olio di vaselina 80

A ciassun infermo furono praticate due iniezioni di un meszo gr. per settimans, cioè una dose corrispondente a 18 cc. di salicilato di mercurio.

I risultati ottenuti sono stati riassunti dagli autori nelle seguenti conclusioni:

1º Le iniezioni intra-muscolari di salicilato di mercurio in sospensione nell'olio di vaselina, sono uno dei migliori mezzi di somministrasione

2º I dolori che essi provocano sono tollerabili e ben sopportati dalla maggior parte degli infermi;

8º Esse non determinano quasi mai la salivazione;

4º Raramente provocano delle suppurazioni locali (12 volte su 176,000 iniezioni praticate da Tarnowscky);

5º Infine riescono notevolmente attive e pos-

sio di una digestione, si prolunga per due o tre sono determinare la guarigione rapida della malettia :

> 6º L'albuminuria di origine sifilitica non costituisce una controindicazione per l'uso del salicilato di mercurio (Bulletin general de Thérapeutique, 15 gennaio 1897).

> > Bentiveana

Charcet e Dufour. - Su tre sintemi rari della tabe doreale (emartresi tabetica, paralisi del nerve erurale, tremero atassico della lingua).

Gli autori riportano un'osservazione di un tabetico sifilitico, il quale presentava tre sintomi piuttosto rari della tabe, cioè:

1e una paralisi passeggiera ma totale degli estensori della gamba destra, accompagnata da atrofia muscolare;

2º un tremore della lingua, atassico;

8º un'artropatia dell'anca sinistra con grave spandimento emorragico intra- ed extra-articolare.

Il primo sintoma si osserva specialmente nel periodo iniziale della tabe: l'evoluzione dell'atrofia muscolare è legata a quella della paralisi, e per ciò i fenomeni di atrofia non possono essere ben constatati, che nei casi in cui la paralisi ha una certa durata. Questa paralisi del periodo preatassico sono risolutive spontaneamente e rapidamente: l'atrofia muscolare che sorge contemporaneamente ad esse, si distingue dall'atrofia che si mostra più spesso nel periodo di stato della tabe, perchè la prima è passeggiera e curabile, la seconda è permanente o progressiva e non è curabile. Questa paralisi, limitata ad un segmento di un arto, è d'origine periferica e colpisce i muscoli innervati da uno stesso nervo perifer co, e pare sia dovuta, secondo gli autori, ad un'alterazione funzionale o forse istologica del neurone motore periferico.

Il 2º sintoma consistente non in un tremore fibrillare della lingua, ma di va e vieni d'avanti indietro, costituisce una vera atassia, la quale è dovuta all'impossibilità che prova l'infermo a man-

tenere la sua lingua in posizione fissa.

Propriamente parlando, secondo gli autori, si tratta di un'atassia statica, ma di una condisione statica nella quale entra anche in giuoco la con trasione muscolare.

Il 8º sintoma, cioè l'emartrosi, è veramente intra ed extra-articolare. Olinicamente questi spandimenti non devono essere limitati alla sola cavità articolare, giacchè, come nell'idrartosi semplice, il sangue può fuoriuscirne dopo rottura della sinoviale.

Questo spandimento sanguigno non è necessariamente primitivo, ma può sopravvenire consecutivamente ad una idrartrosi; esso ha spesso tendenza ad aumentare ed a suppurare.

La causa di queste emartrosi tabetiche, forse risiede nello stato generale che, spesso, come nel caso degli autori, spiega tanto l'emorragia intra-articolare che altre possibili emorragie di altri organi, e in altri casi semplicemente in lesioni vascolari o nervose locali : però gli autori irclinano a credere che la causa vera è sconosciuta.

Quando si crede che l'emartrosi sia suppurata bisogna interv-nire con la semplice evacuazione per aspirazione, e nel caso che questa operazione sia inefficace, passare all'incisione e allo svuotamento del cavo articolare (Nouvelle Yconographie de la Salpŝtrière, n. 5, 1896).

Mirto

PRATICA CHIRURGICA

Salia trapiantazione dei tendini. Winkier. — Già da lungo tempo nelle paralisi inguaribili di importanti muscoli, sono stati trapiantati i tendini dei muscoli sani sui tendini dei muscoli paralizzati. In tutti i casi sinora pubblicati da vari autori (Hoffa Nicoladoni, Hacker, Lipburer, Parrish, Phocas, Winkelmann, Ghillini, Drobnik), fu impiegata la trapiantasione dei tendini nella paralisi essensiale dei bambini.

L'autore impiegò lo stesso metodo in casi di lesioni dei tendini. La maggior parte dei casi, in cui la divisione dei tendini è avvenuta in senso tra sversale, possono guarire con la semplice sutura dei due monconi, ma in alcuni casi non è possibile una riunione diretta. In questi ultimi si è tentata la riunione mediata con l'interposizione di catgut asettico, di pezzi di tendini asportati da giovani cani o conigli, ma non sempre questo metodo ha dato buoni risultati, anzi talora è stata impossibile la riunione mediata specialmente nei casi di divisione tendinea di antica data, in cui non è possibile il rinvenimento del moncone centrale.

In questi casi è indicata la trapiantazione del moneone periferico in un tendine vicino.

L'autore dà la tecnica di questa operazione. Si incide la pelle parallelamente al decorso dei tendini, e poi si cerca il moncone tendineo periferico e lo si cruenta. Quindi si tira in fuori, quanto più è possibile il moncone, avvicinandolo al tendine del muscolo vicino. La riunione può essere eseguita in diversa maniera. Si può sovrapporre il moncone tendineo al tendine sano e mantenerli uniti con fili di seta, e questo metodo può raccomandarsi quando si tratti di tendini sottili come di quelli della mano. Un'altra maniera di riunione può farsi eseguendo nel tendine del muscolo sano una incisione in direzione un po' obliqua e cucendo nella fessura così fatta il moncone tendineo. Infine si può, come pratica Drobnik, dividere il tendine del muscolo sano secondo la sua lunghesza in due metà, di cui una si taglia in direzione trarversale e la si unisce col moncone tendineo.

Dopo 14 giorni da questa operazione si adopera con prudenza il massaggio e l'elettricità (*Zeitschr.* f. prakt. Aerste n. 2, 1897)

Scagliosi

GIORNO PER GIORNO

L'azione della bicicletta sui reni. ---Daoché l'uso della bicicletta si è talmente generalissato, numerosi lavori sono stati pubblicati pro e contra questo esercizio ginnastico, alcuni, stimando che è molto utile dal punto di vista igienico, altri invece che è assolutamente dannoso alla salute, specialmente poi, avuto riguardo all'uso della bicicletta sulla donna, Due articoli pubblicati sul . Manch. med. Wech. > però tendono a stabilire che solo l'eccesso di questa ginnastica é dannoso, mentre l'uso moderato di essa · è utile tanto per l'uomo, che per la donna. Nel 1º di essi, Theilhaber, crede che la bicicletta per la donna costituisca un'eccellente ginnastica per tutti i muscoli del corpo: grazie a questa esagerazione del lavoro muscolare si avrebbe un grande accumulo di acido carbonico, che attiva la respirazione, aumenta la capacità toracica, e rende le contrazio ni cardiache più energiche. Inoltre il Theilhaber non ha mai constatato nelle donne bicicliste aumento nella durata . e nella quantità delle mestruazioni, nè tendenza alla masturbazione, giacchè se la donna si tiene ben diritta sulla bicicletta, non avvengono confricazioni delle parti genitali contro l'apparecchio; invece la bi cicletta, tonificando tutto l'organismo e sopratutto il sistema nervoso, contribuisce anche a tonificare l'apparecchio genitale.

In certe malattie poi, secondo l'autore, la bicicletta è utile: così nella pleurite adesiva, nella bronchite cronica, in certe forme torpide di tubercolosi, la bicicletta ha contribuito al miglioramento dello stato degli ammalati. Nella neurastenia e nell'isterimo. la bi cicletta può rendere dei veri servigi. Nei casi di amenorrea clorotica, di diamenorrea nervosa, d' endometrite catarrale, di spostamento dell'utero, nelle deviazioni della colonna vertebrale, l'azione della bicicletta è dannosa.

L'altro lavoro pubblicato nello stesso giornale riguarda l'asione dell'esercisio velocipedistico sui reni. Muller ha trovato che nel 72 % l'esercisio velocipedistico provocava l'albuminuria e nel 58 % una cilindruria considerevole. L'autore però considera questa albuminuria come fisiologica o funsionale, basandosi sul fatto che 8 tablews ki e Le u be hanno constatato un'eliminasione di albumina dopo un lavoro muscolare. L'autore ammette inoltre che un esercisio muscolare faticoso, quale quello velocipedistico, può dare anche luogo ad una albuminuria, che pur essendo temporanea non si distingue per nulla da quella dei nefritici. La bici-

cletta, secondo l'autore, non provoca dunque lesioni

« La Mèdecine modèrne », n. 6, 1897. Mirto

I raggi di Roent gen in tribunale. — I raggisti Ront gen sono stati nuovamente adoperati persesschiarare l'opinione dei tribunali. Si trattava di una frattura della elevicola cagionata dalla ruota di una vestura.

«Una fotografia del torace ottenuta per meszo dei raggi B o e n t g e n, la quale mostrava la consolidazione viziosa della irattura, fu prodotta dall'avvocato dinanzi al tribunale civile di Marsiglia, il quale accordò L. 1500 di danni e interessi.

I principi medici — Il principe LuigiFerdidando di Baviera, imitando l'esempio del cugino, il principe Carlo, dà delle consultasioni dalle 11 a messogiorno all'ospedale della « Croce rossa » di Monaco, come specialista per le malattie delle donne.

Le nutrici e la bicicletta.—Le nutrici dello cepedale Guy a Londra hanno fondato il primo club di infermiere cicliste. Il Nursing Nece applaude a questa iniziativa e invita le infermiere degli altri ospedali di Londra a seguire tale esempio, sembrandogli la bicicletta una distrazione ideale alle veglie e alle fatiche dell'espedale. Una questione però preoccupa il giornale inglese. Quale costume adotteranno le nuove cicliste? Indesereranno esse qualche costume corrispendente al diverso colore dei loro rispettivi ospedali? Il Neseing Nece fa appello alle loro conoscenze anatomiche per modificare la posizione della donna sulla bicicletta.

In telligensa e tabacco. — L'Università di Boston ha deciso di espellere tutti gli studenti, i quali non rinunzino al fumo del tabacco. Questa decisione è stata basata su una statistica stabilita da un medico di un'Università vicina, la quale su 147 studenti, di cui 70 erano fumatori e 77 non fumatori, ha mostrato che i non fumatori avevano acquistato sui fumatori uno sviluppo superiore del 10 °[e sul peso, del 24 °[e sulla robustezza, del 26,5 °[e nello sviluppo toracico, del 74,5 °[e nella capacità polmonare, e che la loro superiorità intellettuale era di molto più notevole.

SPORLIO DEI PERIODICI INCLESI

« British Medical Journal», 9 gennaio 1897. I. ...a possibilità dell' acclimatizzazione degli Europei nelle regioni tropiche.

Luig i Sambon si occupa minutamente di tale importante questione.

Esaminando l'influenza del calore sull'organismo, dice che l'Europeo, trasportato ai tropici accomoda sè stesso al più grande e prolungato caldo; i suoi polmoni lavorano mano, la sua pelle di più, la circolazione si rallenta, diminuisce il pannicolo adiposo, di guisa che in breve 'differisca ben poco da un indigeno.

Si domanda poi se l bambini europei possano vivere in quelle regioni, e se gli uomini vi possano lavorare e viene a conclusioni affermative.

Dopo essersi occupato delle malattie, proprie dei tropici, e di quelle che vi possono essere importate, parla della colonizzazione antica e moderna e della mortalità di quelle regioni; mostrando come, ivi, la vita sia più rigogliosa di quella dei paesi freddi.

II. Iperpiressia nella rosolia.—Allis on riferisce un caso di rosolia in una bambina di 19 mesi, affetta già da bronco-pneumonia, in cui la temperatura ascellare arrivò fino a 109° (F); somministrata dell'antifebbrina e dell'atropina, e posto del ghiaccio sulla fronte, si ebbe un leggero miglioramento, in seguito al quale la bambina mori.

III. Conferenza sulla malattia di Addison. Byrom Bramwell parla della fisio-patologia di questa malattia, riferendo, sul proposito, un caso da lui osservato.

Si occupa delle principali teorie proposte per spiegare la patogenesi di tale affesione, della teoria, cioé, dell'arresto delle funzioni soprarenali e della teoria nervosa.

Nel caso da lui studiato, furono somministrati degli estratti di capsule surrenali con grande miglioramento.

All'autopsia, si riscontrò assensa di tutte e due le capsule, le quali erano sostituite quasi in totalità da adipe.

L'autore mette avanti l'idea che possa la prova terapeutica, consistente nella somministrazione di estratti capsulari, aiutare la diagnosi, essendosi osservato in vari casi come in questo, che si ha un miglioramento, quendo esiste semplice atrofia e degenerazione grassa delle capsule.

IV. Salla d'ffusione della peste. — Giacomo Canthè.

V. Un caso di tubercolosi verrucosa della cute (Malattia di R i e h l e di Paltauf).—Moyniham riferisce un caso di tubercolosi della pelle verificatasi in una giovanetta a 20 anni, la quale, avendo riportato una leggera ferita alla mano, puli questa col fassoletto di una parente tisica.

Groco

Redatiore responsabile: Dott: HUGO NACC:ARONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommano. - 1. Riviste sintetiche. Sulle melanodermie. -2. Lesioni originali. Istituto di patologia medica dimostrativa della R. Università di Pisa. diretto dal prof. Carlo Fedeli. Lezione di chiusura dell'anno scolastico 1895-96, pel prof. C. Fedeli. -8. Società scientifiche. - 4. Sieroterapia. - 5. Note di tossicologia. - 6. Note terapiche. - 7. Batteriologia. - 8. Spoglio dei periodici inglesi.

RIVISTE SINTETICHE

Sulle melanodermie

Le melanodermie costituiscono un sintoma comune di affezioni disparate, sia provenienti da cause interne che esterne. Dal punto di vista etiologico, esse secondo Vulpian (Gazette hebdo. madaire) n. 5, 1897, si possono dividere in due

grandi classi:

I. Melanodermie provenienti da causa interna: queste affezioni possono essere divise in due gruppi: a) La melanodermia costituisce l'elemento principale d'una malattia generale (morbo bronsino di Addison, sifilide pigmentaria, arsenicismo); b) la melanodermia non è che un elemento morboso secondario (tubercolosi, gozzo esoftalmico, clorosi, malaria, diabete, dermatosi, cachessie, gravidanza, disturbi uterini, pellagra, sclerodermia, lepra).

II. Melanodermie provenienti da causa ester-na; possono essere divise in diversi gruppi: a) melanodermie traumatiche, limitate specialmente ai punti della cute lesi. Tali sono le melanodermie risultanti dalla pigmentazione delle cicatrici; le melanodermie consecutive alle pressioni prolungate (fasciature, cinture, giarretterie, busti); le melanodermie consecutive a grattamento forte e ripetuto della pelle (prurigo, ecsema, pediculosi, pigmentazioni varicose); le melanodermie prodotte dal freddo, dal vento, dal sole, dal colore; infine je melanodermie consecutive ai rivulsivi (jodo, trementina, vescicanti, acido picrico, crisarobina, senape). Questo gruppo di melanodermie ha importanza in pratica, perche la preceistenza delle pigmentazioni anormali, in seguito all'applicazione di questi rivulsivi è sgradevole agli ammalati, e specialmente all'ammalate.

b) Melanodermie professionali (dei minatori, dei carbonai, etc.); esse hanno importanza spe-

cialmente in medicina legale.

Le melanodermie da causa interna sono le più importanti, e hanno un valore semiologico considerevole. Così la melanodermia della malattia bronzina può esser generale o parziale, e sopratutto si estende nelle regioni dove la pelle è sottile (faccia, parte anteriore del tronco e dell'addome, scroto, etc).

La pigmentazione si estende anche alla mucosa, in forma di piastre ardesiache, del cavo orale: i capelli presentano anche alterazioni particolari, da biondi diventano castagni, da bruni quasi neri. Questa melanodermia si distingue

gamento, ai bagni di tutte le sorta, non determina prurito, è generale e uniforme nella sua

La melanodermia della sifilide pigmentaria è costituita da una serie di macchie di colore molto variabile, giallastre o brunastre, vicine fra loro in modo che parecchie di esse si fondono, lascian-

do però degli isolotti di cute sana.

Queste macchie si presentano specialmente nelle facce postoriore e laterali del collo, sul ventre. sui fianchi, sul dorso, nella parte superiore delle coscie. La patogenesi di questa melanodermia è ancora discussa; secondo Kaposi è una semplice melanodermia cachettica; Hardy, Fournier, ecc. credono che sia d'origine sifilitica, altri crede che sia un reliquato di un'eruzione cutanea semplice; De Nareff crede che essa porti alterasioni profonde vasali del derma. Le altre pigmentazioni sifilitiche sono più accentuate e disposte più irregolarmente.

La melanodermia arsenicale è molto rata e di colore giallo-brunastra o bruno oscura, diffusa, generalizzata o localizzata. Qualche volta è stata confusa con la melanodermia del morbo di Addison, però se ne distingue perchè non attacca mai la mucosa, non è accompagnata da astenia. Questa melanodermia arsenicale non è sempre costante dopo una cura arsenicale, forse perchè intervengono nella sua produsione dei fe-nomeni circolatori, variabili in ogni individuo. L'infansia è l'età più prodisposta a questa forma

di melanodermia

La melanodermia prodotta dalla pitiriasi, ha anche dei caratteri speciali: è di un colore più o meno bruno o nero, ha sede per lo più a livello delle parti superiori del torace, alle spalle, alle parti superiori delle braccia, alla parte inferiore dell'addome. È accompagnata da forte prurito, può essere rimovibile col grattamento e i è guaribile. Suole attaccare la classe povera e coincide spesso con la pitiriasi del cuoio capelluto.

La melanodermia che si trova alle volte nei tubercolotici, la melanodermia del gozzo esofta! mico, le granulazioni pigmentarie malariche (che non sono che globuli bianchi pigmentati), le melanodermie delle donne gravide, la melanodermia prodotta dalla pellagra, sono troppo note, ed avvengono in condizioni speciali, che favoriscono

la loro diagnosi.

Più importante è la melanodermia del diabete: bronzino: essa è una pigmentazione uniforme, più intensa alla faccia, alle estremità e agli organi genitali e suole rispettare le mucose. Il suo colore varia, ora è di un colore della fuligine, ora brunastro, ora bronsino, o grigio-nerastro. La diagnosi è facile, quando vi sono tutti gli altri sintomi del diabete.

La patogenesi di questa melanodermia diabetica con irrosi ipertrofica del fegato è stata spiegata diversamente: così Hanot e Chauffard credono che sotto l'influenza dell'iperglicemia e dell'insufficienza circolatoria, dovuta al-l'endoarterite diabetica, la callula epatica subidalle altre, perchè il suo colore resiste allo sfre-!sca un disturbo evolutivo nella sua funsione cromotagonica e diventi la sede di una ipergenesi pigmentaria: così nato, questo pigmento si dif-

fonderebbe nell'organismo.

Per Letulle, la pigmentazione sarebbe dovuta ad una riduzione particolare in situ dell'emoglobina sia del sangue che dei tessuti. Hermondy crede sia dovuta a dissoluzione della emoglobina, del sangue per l'influenza di una causa generale primitiva, a trasformazione dell'emoglobina in granulazioni pigmentarie per azione speciale del protoplasma cellulure dei vari tesauti, eliminazione esagerata e accumulo del pigmento negli organi per irritazione e atrofia consecutiva delle cellule, ad eliminazione supplementare del pigmento per le vie linfatiche e consecutiva irritazione di queste vie linfatiche con produzione di sclerosi del tessuto connettivo interstiziale e sovraccaricamento pigmentario dei gangli.

Le melanodermie da causa esterna colpiscono più facilmente le persone che si espongono al sole (contadini); anche l'asione prolungata d'una

aria fredda può produrle.

Riguardo all' anatomia patologica della melanodermia, essa si riduce allo studio del pigmento e alla sua ripartizione sulla cute. Questo pigmento, chiamato melanina, è una sostanza che si presenta in forma di granuli arrotonditi o angolari, o a bastoncino: è insolubile nell'alcool, nell'etere, negli acidi diluiti : è solubile nelle soluzioni alcaline bollenti, nell'acido nitrico a caldo. E una sostanza quaternaria, e contiene anche del ferro. La pigmentazione comincia nelle cellule con una colorazione bruna o grigiastra di questi elementi; le granulazioni si aggruppano attorno al nucleo, poi a poco a poco aumentano e invadono tutta la cellula, la quale infine si disaggrega e si riduce ad un detritus granuloso ne rastro. In tutte le melanodermie vere, questo pigmento è ripartito, nelle cellule profonde del tessuto mucoso del Malpighi, nelle cellule fisse del corpo papillare e nella parte superficiale del corion, nelle cellule migranti e attorno ai vasi sanguigai.

La patogenesi delle melanodermie o del pig-

mento è ancora molto oscura.

La 1ª domanda che sorge è se il pigmento è formato sul posto dalle cellule epiteliali. A u e rbeck suppone che il pigmento risulti dalla trasformaziane di una materia proteica incolora, dovuta ad un distrrbo nutritivo dell'epitelio. Per Mertsching il pigmento è da principio intracellulare e non intercellulare: i granuli pigmen. tari comparirebbero da principio nella sostanza nucleare e di là emigrerebbero nel corpo cellulare delle cellule basilari. Post crede che il pigmento si formi nelle cellule epiteliali basilari, e di là venga trasportato nell'epidermide del tessuto connettivo. Per Kromeyer, il pigmento normale o patologico è il risultato della trasformazione diretta dei prolungamenti protoplasmatici delle cellule epiteliali. Secondo Caspary l'origine ematogena del pigmento non si può ammettere, giacche esistono pigmentazioni (vitiligo) senza disturbi circolatori: bisogna dunque am-

mettere che alcune cellule possiedono una fun-

zione cromogena.

Il pigmento proviene dal sangue? Il pigmento si formerebbe per distruzione dei globuli rossi, in alcuni organi, come il feguto, la milza, le capsule surrenali, etc., e sarebbe poi trasportato all'epidermide. Secondo Rokitansky la materia colorante del sangue stravasato è presa dal'e cellule che la trasformano in pigmento. Virchow, come pure Cordua, credono che l'ematina, formata a spese dei corpuscoli sanguigni stravasati, passi, per diffusione negli organi, per prendere in seguito la forma di granuli o di cristalli pigmentari. La formazione del pigmento potrebbe avvenire per riassorbimento delle emazie per mezzo della via linfatica, ovvero, come crede Maas, l'emoglobina allo stato liquido potrebbe penetrare nelle cellule ed essere qui trasformata in pigmento.

Rignardo all'osservazione di Brow-Séquard, Testelin, ecc., che il pigmento possa essere prodotto dalle capsule surrenali essa urta contro il fatto che nell'assenza congenita delle capsule surrenali, nella loro distruzione, non si ha melanodermia.

Sull'ufficio delle cellule dermiche dette cromoblasti o cromatofori, si può dire con Karg, Ley dig ed Ehrmann, che l'assorbimento dei granuli di pigmento sembra essere una specie di fagocitosi compita dalle cellule epiteliali, le quali distruggerebbero i loro prolungamenti per assorbirne le parti costitutive; quanto alla natura delle cellule pigmentate dermiche e al luogo in cui esse si caricano o fabbricano il pigmento, secondo Renaute Nothagel sarebbero i leaccoiti che lo trasporterebbero dal sangue.

La pigmentazione è anche in rapporto col sistema nervoso, come l'ha anche dimostrato Ballo witz, il quale ha fatto anche notare che i cromatofori sono in connessione con fibre nervose. I nervi coloratori arrivano nei cromatofori e vi si dividono dicotomicamente in una maniera complicata, costituendo così una vera piastra

nervosa terminale.

Un'ultima questione da esaminare, è se il pigmento provenga dalla materia colorante del sangue o dal grasso. Normalmente, pare che l'origine del pigmento sia ematica, ma può anche avvenire di aversi la presenza di pigmento senza reazione del ferro, e d'altra parte i metodi di colorazione del grasso col bleu di chidoleina hanno permesso a Maas di scoprire nel pigmento del cuore delle affinità di questo pigmento coi corpi grassi.

Secondo Schmit, la prima condizione della metamorfosi pigmentaria, consiste in una separazone, dello stroma dei globuli rossi dall'emoglobina, la quale si trasformerebbe direttamente in granuli pigmentari; nei conigli, questo pigmento può dare la reazione del ferro per un certo tempo e poi non darla più: cò dimostra che il pigmento, privo di ferro, può provenire anch'esso dall'emoglobina ed è per ciò che l'ematina, in ogni caso,

non è che dell'emoglobina trasformata.

Mirto

LEZIONI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA B.
UNIVERSITÀ DI PISA DIRETTO DEL PROP. CARLO FEDELI. -- LEZIONE DI CHIUSURA DELL'ANNO
SCOLAS' ICO 1895-96, pei dottor Carlo Fedeli.

Un tempo, quando alle letterature del nord si dette largo campo negli studi ameni, e poesia e letteratura romantica furono con predilezione ricercate, nelle nostre sale, nei ritrovi eleganti, fino nei modesti abituri dello operaio, divenne di moda una frase, che si disse racchiudere in sè tutta la poesia dello addio, si parlò, si scrisse del bicchiere della staffa, il saluto di chi resta a chi parte, il compendio quasi delle cortesie usate all'ospite, il riassunto delle promesse avvenire.

Ma questo bicchier della staffa, non valeva certo il nostro dolce e fiducioso addio, che suonò sulle labbra di Dante: « ai dolci amici addio!» profondamente ispirato, come dalle note di Schubert fu reso ai nostri giorni in un linguaggio che non può avere uguali.

Dice questo, giovani, perchè vorrei trovare un nome adatto, alla lezione di chiusura, che però non deve suonare il nostro addio di separazione, nè può esser rappresentato in tutto e per tutto da quella succitata e cordiale nordica espressione; per me è un arrivederci pieno di speranza, un lasciar voi nella scuola, per ritrovarvi nel campo della scienza e della pratica: è un saluto da soldati che abbandonano la fortezza pel campo della lotta.

Quindi il concetto informatore della lezione di chiusura, deve essere a mio credere il seguente: un rapido resoconto di quanto l'insegnante ha fatto insleme agli studenti: di quello che con alcuni di essi in laboratorio o al letto dell'infermo ha potuto compiere; un additare, accennando per sommi capi a tutti gli argomenti esposti, a quanto nell'anno scolastico formò oggetto di studio particelare; e per rispetto alle inevitabili lacune, un mostrarvi i punti sui quali, l'educazione vostra scientifica dev'essere completata, affinche invogliati a continuare negli studi, gli intrapresi completiate, o ne intraprendiate di nuovi.

Per tal modo, questa conferenza finale, non costituisce un'arida pompa espositiva, ma un programma di studi avvenire, una sollecitazione a porre l'attività vostra, appoggio valido alla nostra; una speranza che voi virgulti, cresciate rigogliosi ed ombreggiate i tronchi dai quali ave-

ste vita e nutrimento, ma che sentono purtroppo il danno degli anni.

Incomincio dalla prima delle due parti citate. Il corso che in quest'anno esposi, era diviso in due sezioni: una più scientifica dedicata alle anemie; l'altra più pratica, nella quale ebbi in animo di esporvi e dimostrarvi i tipi principali di quelle più gravi infezioni e malattie acute che al medico più di frequente si presentano.

In complesso potei dettare sessanta lesioni: non son poche di fronte a quelle che in altre Università ed insegnamenti identici od analoghi al mio vengono esposti.

Vi citerò i principali argomenti e segnatamente quelli che per le dimostrazioni cui dettero luogo, debbono essere designati alla vostra attenzione e che vorrei sperare non facilmente dimenticherete.

Detto prima delle anemie in genere ed esposti i tipi climici di queste, io mi trattenni sulla etiologia delle anemie stesse e sulla loro anatomia patologica.

Sorvolai sopra alcuni argomenti di teonica, perchè altri, e con ben altra autorità, ve ne aveva resi edotti; ma sulle cause delle anemie tornai ripetutamente pel gran valore clinico, come stati diagnostici, per la importanza applicativa in terapeutica.

Né mi bastò: esposta in modo dimostrativo la semiotica delle anemie, io volli fermarmi nuovamente sulle varie specie delle anemie stesse, distinguendole ora in ragione di cause, ora di fatti anatomici; per tal guisa io volli che vi fossero ognora presenti, e per ciò ne resi ostensibili, dei casi tipici di anemie emorragiche, digestive, essudative, del cancro, del tubercolo, della malaria, ecc., e qui io vi richiamerò alcuni dei corollari che nello studio di queste specie morbose, pel paragone dei sintomi con le cause oi fu dato di ritrarre.

A chi si ferma nella interpretazione di un sintoma obiettivo, a quel tanto solamente che i sensi possono offrirgli, e fa conto esclusivamente della interpretazione fisica, la semiotica obiettiva delle anemie può esser causa di giudist facilmente e non utilmente errati, che a voi, nuovi nel campo dell'indagine del malato, è onesto di porre sott'occhio.

Ricordatevi di quanto vi dissi sulla origine dei soffi transitori del cuore e dei vasi, sul loro significato, sulla importanza diagnostica e prognostica; ricorderete che allora, come ora, insistei principalmente sui rapporti di questi fenomeni con le cause, sulla loro evoluzione, sull'attribuir loro una importanza molto relativa; ricorderete la quasi sfiducia che v'ispirava in proposito.

Il fenomeno isolato, notatelo bene, ha un significato indeterminato e variabile: non acquista importanza, se non quando è messo in rapporto con la causa.

Un esempio che mi è capitato sott'occhio non molto tempo fa, vi rischiarerà meglio il mio modo di vedere.

Un medico distintissimo diagnosticava in donna gravida un vizio mitralico, e ne deduceva illazioni gravissime e prognosi infausta.

Ma quel medico egregio aveva dimenticato la esistenza di una clorosi antecedente, aveva dimenticato che quella giovane era primipara e che lo stato di gravidanza aveva rinnovato quasi le condizioni che in lei avevano accompagnato lo svolgersi della pubertà; onde un modesto osservatore rettificò il giudizio temibile o temuto e il significato del soffio annunziato come indice di possibile distocia o per lo meno come elemento d'indicazioni operative, e lo ridusse alle modestissime proporzioni di un soffio discrasico.

Ecco perche io tanto insistei nel mostrarvi ripetutamente degli esempt clinici di queste varie forme di anemia in rapporto con cause differenti.

Sempre in relazione con l'importanza dell'elemento etiologico, io volli trattarvi diffusamente delle anemie tubercolari: una estesa lezione dettata da me stesso, della quale possedete un riassunto, vi offre appieno il mio modo di vedere in proposito; qui soltanto mi permetterete alcune considerazioni con le quali io intendo principalmente rendervi conto del perchè tanto insistei sopra un argomento che i più trascurano.

Sulla origine unitaria del tubercolo, dagli studi vostri di anatomia patologica, sapete che non può cader dubbio; i dati differenziali fra le varie tubercolosi delle specie animali e quella dell'uomo, vanno dileguandosi, persistono quelli sulla differenzialità della tubercolosi aviaria di fronte alla umana, così bene accertata da osservatori insigni (M a ffucci, Straus, G a malera) ma quanto più ci andiamo rendendo conto della unità di origine, tanto più proporzionalmente andiamo persuadendoci del valore delle diverse suscettività; nessuno può elevar dubbi sulla recettività tipica della cavia, su quella minore del coniglio (Hischberger, Gebhordt, Wyssokowitch), sulla relativa refratta-

rietà del gatto e del cane; variamente risponde la vaccina, e quel che più rileva le diverse rasze di quest'ultima in variate condizioni di ambiente: e mentre la clandese resiste, la sviszera soccombe ed è temibilissimo punto di partenza di contagio.

Ora voi sapete che la recettività, tien rapporto con la nutrisione di tessuti e con le qualità principalmente del siero sanguigno, le cui varianti di reasione acquistano ogni di pit, valore: conseguenza immediata di tali premesse è la importanza grande dello studio e conoscenza delle anemie precedenti, concomitanti, successive al tubercolo, del loro modo d'insorgere, dei rapporti con le alterazioni dei solidi; in fin dei conti del vedere per quanto lo stato del sangue in uno a quello dei tessuti, dia più facilmente agio allo sviluppo del bacillo, per quanto il bacillo ed i suoi guasti contribuiscano invece ad alterare ematopoiesi e sangue.

Solo, che ripensiate alle dottrine della immunità; alla lotta fra cellule e parasiti; agli adattamenti di questi ultimi, alle simbiosi, alle infezioni miste, tutta la vastità del soggetto vi diverrà palese.

Naturalmente, allo studio delle anemie della tubercolosi, si ricollegava quello delle cachessie, o meglio, di quelle che io chiamai anemie distrofiche, appunto perchè costituite da alterazioni del sangue, ora del tutto secondarie a quelle dei tessuti, ora primitive a queste, ora contemporanee; argomento biologico altissimo, quand'anche non avesse clinicamente l'importanza che presenta, perchè ci richiama a considerare l'ufficio del sangue, e vederne nel fatto quale ne sia veramente il significato vitale, astraendo da qualsiasi concezione teorica e creata per artificio di esperimento.

Vi trattenni a lungo, forse troppo a lungo sulla clorosi, però di quanto allora dissi, più specialmente sulla teorica di questa malattia, credo nella vostra pratica non sono le malattie rare sulle quali deve fissarsi la vostra attenzione; sono le malattie più frequenti, che potete utilmente curare, che dovete imparare a conoscere.

Sono lieto di avervi dovuto presentare molti e svariati esempi di clorosi, di avervi mostrato quel che è più, dei risultati terapeutici felicissimi; infine di avervi richiamati sul problema della natura di questa malattia, perchè fecondo di applicazioni critiche e sperimentali.

Quasi vent'anni fa ebbi l'audacia di sostenere

l'opinione insegnata principalmente dal Trousse a u che la clorosi era nevrosi, collegata strettamente a disturbi nel sistema nervoso della vita organica, aventi per punto di partenza le molte volte l'innervazione genitale; quello che allora aveva aspetto di sogno giovanile, oggi ho potuto presentarvelo, come il frutto di lunghe ricerche cliniche, il risultato di studiate ricerche sperimentali.

Cercai ogni occasione per consolidare in voi, questi concetti fondamentali, intorno alla patologia delle anemie e delle clorosi; nè a dir vero ci manco il materiale; chi fra voi altri ha voluto profittarne, ha avuto largo campo di farlo; alcune cifre che più tardi vi sottoporrò, vi diranno se io asserisca o no un errore.

Al trattato delle anemie e della clorosi volli tenesse dietro la terapia speciale delle stesse, ed in occasione di questa, io vi parlai lungamente del ferro, dei metalli ematogeni, e del modo col quale oggidi dobbiamo considerare la loro azione: è vano, o giovani, il credere che possa farsi patologia, a rigore dimostrativa e sperimentale, senza ricorrere in punti oscuri silo stud o della terapia; gli antichi dissero, e giustamente, che dalle cure era resa ostensibile la natura dei morbi; noi dobbiamo avvertire che la farmacologia sperimentale è, nello stato delle cognizioni odierne, l'anello di congiunzione fra la fisiologia e la patologia; l'azione del rimedio tante volte ci dice quello che non è in grado di dirci ne la anatomia patologica, ne tanto meno la patologia sperimentale. Chi dunque vuole insegnare veramente che cosa sia la vita di un morbo, è di sovente costretto a parlare di terapia ciò che non è un invadere il campo degli altri, ma invece dal patrimonio comune di cognizioni ritrarre quanto può tornare a vantaggio di chi deve apprendere.

Detti termini al trettato delle anemie parlando di argomenti rilevantissimi, dell'anemia perniciosa cioè, e della leucemia; tanto più singolari, perchè convien confessarlo, quanto non fosse la clinica e l'anatomia patologica dalle quali abbastanza abbiamo ricavato in proposito, dal campo dell'esperienza pochissimo per ora si è desunto sulla natura di coteste oscure malattie.

(continua)

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società medica degli ospedali di Parigi. - Sull' intervento chirurgico nel gosso esoftalmico.-Infinensa del riscal damento dei sieri sulla profiassi degli accidenti post-sieroterapici. - Sull' assensa di retrazione del coagulo sanguigno e di formazione del siero nelle diverse varietà di porpora emorragica. - Società Imperio-reale dei medici di Vienna. - Sul deciduoma [maligno. - Sulla determinazione quantitativa dei ferro del sangue a scopo clinico. - Società Clinica di Londra - Tachicardia parosistica nei ragassi. - Frattura dell'asse. - Club medico di Vienna. - Un caso di malattia cardiaca. - Gomma del malleolo destro. - Un caso di sifilida.-Dimostrazione di una caverna per messo dei raggi di Roentgen.

SOCIETÀ MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI

Tornata del 15 gennaio 1897

Sull'intervente chirurgico nel gezzo esoftalmico. Debove riassume l'osservazione di una ragazza di 18 auni, che fu ricevuta nel suo reparto per gozzo esoftalmico con tachicardia spiccatissima. Dietro richiesta dell'inferma fu passata in chirurgia, e le fu tolto il lobo destro del corpo tiroide. L'operazione non presentò nulla d'anormale; non vi fu emorragia; dopo alcune ore, mentre che l'inferma stava benissimo, cominciò ad accusare una sete inestinguibile; nella sera sopravvenne agitazione, poi delirio, coma, e morte.

L'autopsia non delucidò la causa della fine cost funesta; si trovò un timo voluminoso; pesava 60 grammi.

Marie.—La statistica più recente e più completa sui risultati dell'intervento chirurgico nella malattia di Basedow è quella di Allen-Star.

Essa porta su 190 casi di malattia di Basedow, 84 morti in seguito all'operazione.

Questa percentuale è assai seria; però si comprende benissimo, che lo chok operativo assume una gravezza particolare in ammalati, il cui sistema nervoso è così profondamente affetto. Ma fra i casi puri di malattia di Basedow, bisogna distinguere una varietà, la quale ha questo di particolare: si tratta di ammalati i quali dopo di avere per 10, 15, 20 anni portato un gozzo semplice, senza alcun altro disturbo, tutto ad un tratto presentano dei fenomeni generali della sindrome classica di Basedow.

In questi casi l'intervento chirurgico è utile; spesso è assolutamente necessarie, per una dispuea straordinaria, che può produrre la morte.

L'operazione dà dei buoni risultati, e non si incorre negli stessi rischi, che si hanno nel vero morbo di B s s e d o w. In questi ammalati, io credo, convenga cominciare con la cura tiroidinica; se si fallisce, bisogna ricorrere allo intervento chirurgico.

influenza del riscaldamente del s'eri sulla prefilassi degli accidenti post-ciere-terapici. Bèclère legge una memoria in collaborazione di Chambon e Ménard.

Essi hanno constatato che il siero di cavallo, riscaldato alla stufa per un'ora e tre quarti, a 58 gradi, poi iniettato in una giovenca, non pro- SOCIETÀ IMPERIO-REALE DEI MEDICI DI VIENNA voca gli accidenti cutanei, che produce sovente quando non è stato riscaldace.

Sulla assenza di retrazione del coagule sanguigne a di fermazione del siero nello diverse varietà di perpera emerragica. Raoul Bensaude. — Allo stato normale il coagulo che si forma all'uscita dei vasi, si retrae e lascia transudare il siero. Hayem ha mostrato che questa proprietà scomparisce in qualche stato patologico, specialmente nella porpora emorragica, e che questo fatto è legato alla eliminazione del numero degli ematoblasti. Noi abbiamo cercato la non retrattilità del coagulo in 172 infermi; in 152 affetti da malattie varie (morbi degli organi interni o dermatosi) non la abbiamo riscontrata. Al contrario essa esisteva in due casi di pneumonite, in due casi di febbre tifoide, e in un modo costante in 6 infermi di diverse varietà di porpora emorragica.

Questi sei casi si possono cosi classificare: due di porpora emorragica infettiva acuta (tipo tifo angio-ematico di Landousy e Gomot); dieci casi di porpora emorragica sub-acuta, di cui molti corrispondono al tipo della malattia di Werlhoff, due casi di porpora emorragica cronics, due cesi di porpora secondaria, sopravvenuti nel corso di una tubercolosi polmonale.

Le ricerche in tutte le altre varietà di porpora senza grande emorragia (porpora tossica, nervosa, reumatoide, ordinaria, porpora dei cachettici) non hanno dato gli stessi risultati.

Abitualmente la lesione ematica mostra il suo massimo di intensità durante o prima della comparsa delle emorragie; al contrario, essa è meno spiccata o scompare nell' intervallo delle emorragie.

Le nostre ricerche sperimentali ci hanno permesso di riprodurre questa lesione ematica e delle emorragie in un solo animale, al quale avevamo iniettato, nel peritoneo, del sangue di un animale affetto di porpora emorragica,

Inoltre noi abbiamo avuto l'occasione di osservare la non retrattilità del coagulo, impiegando come anticoagulante in vitro l'estratto di mignatte. Ma in questi casi sperimentali il sangue si coagula lentamente e incompletamente, invece nella perpora emorragica la coagulazione è normale; il solo fatto anormale è la non retrattilità del cosgulo.

L'esame del sangue presenta dunque nella porpora un dubbio interesse clinico, costituisce un elemento di prognosi, e più permette di fare diagnosi di porpora emorragica, nei casi che hanno l'apparenza di porpora semplice.

Treisier mostra dei pezzi anatomici di an ascesso renale per bacillo di E berth puro, con meningite suppurata, avveratosi nella convalescensa di un caso di febbre tifoide riconosciuto con la siero-diagnostica.

Questo caso di ascesso renale per bacillo di E berth puro, è eccezionale, probabilmente unico. Pollaci

Tornata del 15 gennaio 1897.

Sui deciduema maligue. Neumann discute la patologia del deciduoma maligno e ne riferisce il caso in persona di una donna di 40 anni. Si trovava nella vagina un tumore, che era una metastari di deciduoma. Estirpato l'utero si trovò il tumore primario.

Nes pigmentaris peless. Freund riferisce un caso di neo pigmentario peloso, curato con i raggi di Roentgen, partendo dal concetto che l'asione prolungata di quei raggi dà luogo a dermatite e caduta dei peli. All' 11ª seduta i capelli cominciano a cadere e dopo alcune altre sedute si ha forte alopecia nella parte inferiore dell'occipite. Otto giorni dopo si manifesta una dermatite. In una seconda serie di esperimenti l'oratore fece agire i raggi anodici di Roentgen sulla parte periferica del neo, senza alcun risultato. In una terza serie di esperimenti fu adoperato un diaframma di cartone coperto di alluminio e si fece uso dei raggi catodici, ed allora si ebbe dermatite e caduta dei peli del neo.

Zemana fece l'esame microscopico dei capelli caduti e vi trovò atrofia della radice dei medesimi.

Schiff osserva che sono stati già cominciati esperimenti per applicare i raggi di Roent gen alla cura di affesioni profonde, e cita un caso di carcinoma gastrico in cui l'applicazione dei raggi produsse un miglioramento.

Kaposi osserva che la caduta dei peli dal neo ha un'analogia molto superficiale col processo che si svolge nell'alopecia aerata. In questa malattia la proliferazione cessa bruscamente nelle cellule basali. I capelli poi ritornano a crescere rapidamente ed uniformemente in tutte le parti, e ciè avviene perché di nuovo ha luogo la proliferazione delle cellule basali. Nei casi d'insolazione, oltre all'eritema si manifesta anche seborrea dipendente da disordini circolatori. Si può pensare che anche i raggi catodici prima dilatino e poi rendano paretici i vasi.

Sulla determinazione quantitativa dei ferre dei sangue a acope clinice. Jolles ai è servito del seguente metodo: prende 0,05 cc. di sangue, cioè quella minima quantità di sangue che può uscire dal polpastrello di un dito previa puntura, e li riduce in cenere su di una capsula di porcellana o di platino, scioglie poscia l'ossido rosse di ferro residuato dall'incenerimento di 0,16 grm. di solfato potassico acido, privo di acqua. La quantità di ferro contenuta nella soluzione viene determinata col metodo colorimetrico. Per rendere questo metodo accessibile ai clinici, l'oratore ha costruito un apparecchio detto ferrometro, il quale contiene tutti gli utensili e le soluzioni necessarie per l'esame.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA

Tornata dell'8 gennaio 1897.

Tasbicardia paresistica nei ragazzi. Herringham riferisce l'osservazione di un ragazzo di 11 anni, soggetto da 5 anni ad accessi tipici di tachicardia parosistica. L'accesso s'iniziava bruscamente, perdurava da 86 ore fino a 18 giorni.

Durante l'accesso il polso si manteneva piccolo e depressibile, e compiva da 200 a 240 pulsazioni al minuto.

L'accesso cessava sempre di notte, durante il sonno, ed una volta terminato l'infermo si risvegliava con un polso di 90 ed una sensazione di benessere generale.

Il ragazzo non presentava alcuna lesione cardiaca e negli antecedenti non figurava nè reumatismo nè sifilide.

L'oratore però, non crede che nella tachicardia il cuore sia sempre sano. In un certo numero di casi esiste probabilmente una miocardite acuta come si osserva negli infermi affetti da reumatismo, ed alle volte invece la lesione può rivestire il carattere di una nevrite come può avvemire in seguito ad una malattia infettiva.

La digitale, il nitrito d'amile, l'atropina a dosi elevate, la compressione del vago, non hanno dato giammai risultati precisi.

Abraham chiede se la tachicardia perceistica non posea farsi dipendere da una cattiva nutrizione del centro cardiaco bulbare.

West ricorda di avere osservato un individuo il quale senza alcuna causa apprezzabile presentava un polso frequentissimo con dilatazione del cuore. Questi due sintomi sparirono dopo due anni, ma l'oratore non crede che il prognostico possa essere tanto favorevole in tutti i casi.

Seymour Taylor non ha osservato giammai la tachicardia parceistica nei ragassi; in 4 o 5 adulti esaminati da lui, non esisteva alcuna lesione del cuore. Questi infermi, eccetto uno solo, sono morti 4 o 5 anni dopo l'inisio della malattia, e costantemente si è trovato alla sesione, o lo spostamento di un viscere addominale (rene, utero), ovvero enteroptosi.

Fraitura dell'asse. Cuthbert e Wallace riferiscono l'osservazione di un individuo, che in seguito ad una caduta dall'altezza di 9 piedi sopravvisse per circa 8 giorni, presentando oltre alla rigidezza del collo, la testa rivolta in avanti in modo che il mento toccava lo sterno, e nelle vertebre cervicali un tumore molto spiccato, non doloroso al tatto.

Mori in seguito ad un accesso di dispnea intensa sopravvenuta bruscamente.

Alia autopsia si trovò una frattura dell'asse, senza che vi fosse lesione della midolla spinale.

CLUB MRDICO DI VIENNA

Tornata del 18 gennaio 1897.

Un case di malattia sardiaca. Schnabl riferisce un caso il cui sintoma principale era un dolore nella regione cardiaca. L'infermo era un uomo di 40 anni, che si ammalò con vertigini, dolori di

testa, perdita della cosciensa, dolore precordiale ed al braccio sinistro. Esisteva ingrandimento del cuore verso destra ed in sopra, alla punta esisteva un rumore di soffio sistolico, talvolta diastolico; il secondo tono sulla polmonare non era accentuato; il 2º tono aortico oscuro; fu fatta diagnosi di miccardite alcoolica.

Gemma del malicele destre. Ulimana presenta un infermo che aveva un gomma nella regione malleolare destra, la quale gomma si estendeva anche ai tessuti profondi. Entrambe le articolazioni del ginocchio erano tumefatte ed alle tible si trovavano tofi.

Le fibule erano notevolmente inspessite, e l'ulna dell'avambraccio destro era anch' essa ingrossata nella sua diafisi. Era improbabile in questo caso la sifilide ereditaria tardiva, perché mancava ogni dato nell'anamnes!

Us case di sifiide. Pepper presenta un infermo in cui esistevano gravi processi ulcerosi nella coscia destra, le quali mettevano allo scoperto i muscoli. Le ulcerazioni esistevano da 4 anni. L'infermo ebbe 15 anni addietro una sifilo- clerosi primaria e non fece mai cure antisifilitiche. La cura deve consistere nel raschiamento e nella consecutiva trapiantazione alla Thierach

Dimestrazione di una caverna, per mezzo dei raggi di Reenigen. Wassermana ha potuto dimostrare con i raggi di Roentgen una caverna non diagnosticabile con i messi fisici. La caverna ei designava come una chiazza più chiara in un fondo oscuro.

In seguito nello stesso caso si presentarono i fenomeni fisici della caverna. E da sperare che i raggi di Roentgen rendano buoni servigi nei casi di caverne centrali e di ascessi centrali. Negli ancurismi i raggi hanno dato buoni risultati.

SIEROTERAPIA

Sul siero antituborcolare. F. Nismann in Germania da due anni si occupa della preparazione dell'antitossina tubercolare ed ha già comunicato alcune delle sue ricerche dalle quali si rileva esser egli riuscito, trattando alcune giovani capre con la tossina estratta dalla precipitazione della tubercolina con l'alcool, a trovare un siero antitubercolare. In seguito egli modificò la preparazione di questa antitossina nel modo seguente : come materiale per ottenere i veleni tubercolari egli si servi di una cultura virulentissima di bacilli tubercolari, ottenuta da una caverna polmonare tubercolare. Nelle giovani capre iniettava 2 8 cc. di tubercolina preparata mediante la detta cultura; nel corso di alcuni giorni egli inalzava le dosi giornaliere di tubercolina a 15 cc. Poscia le caprette venivano trattate con un preparato ottenuto dal precipitato alcoolico della tubercolina. Questo prodotto, facilmente solubile

nell'acque, possiede proprietà estremamente tossiche, di cui 0,008-0,005 gram. bastavano per uccidere sicuramente cavie tubarcolose, 28-80 giorni dopo l'infezione. Di questo preparato egli iniettava alle sue capre dapprima 0,012-0,018 gram. in soluzione acquosa, ma dopo 25-80 giorni ne iniettava fino a 0,50-1 gr. in unica dose. Alla fine del trattamento le dosi injettate erano di 8.4 gram. In questo medo: l'autore noté introdurre megli animali quantità colorsali del principio attivo della tubercolina.

Sottraendo agli animali, così trattati, una piccola quantità di sangue, l'autore trovò sempre che questo siero di sangue aveva proprietà tossiche energiche, che corrispondevano a quelle della tubercolina. Iniettando ad esempio a cavie tubercolose del peso di 250-800-gram., 5 settimane dopo l'infesione, 2-4 oc. di tale siero, gli animali muoiono costantemente tra 12-20 ore, mentre cavie egualmente tubercolose tollerano bene l'iniezione di 2-5 cc. di siero di sangue di capra normale. Intanto l'organismo delle capre carico di quelle tossine, se ne libera in breve tempo, ed è nello stesse tempo in grado di formare rapidamente sostanze antitossiche specifiche. La produzione di queste ultime viene sollecitata se a tempo opportuno si iniettano agli animali, in dosi crescenti, sulture tubercolari di 8-4 settimane, non filtrate, ridotte alla 4º-5º parte del loro ivistante, merce l'evaporastone nel vuoto a 30-85°C.

In questo modo nell'animale vengono introdotti insieme ai bacilli viventi, da cui in vitro non si possono mai completamente estrarre i principi attivi, anche quei prodotti di ricambio materiale dei bacilli tubercolari che vengono distrutti quando si riscaldano le culture a più di 50°C.

Il siero ottenuto dalle capre così trattate, conteneva in tutti i casi una certa quantità di antitubercolina.

Per saggiare l'azione antitossica di questo siero, l'autore si servi non di cavie sane, come il Maragliano, ma di cavie tubercolose a cui 25-80 giorni dopo l'infesione era stata iniettata una dose sicuramente mortale di tubercolina ed una quantità variabile di siero, giacchè secondo lui, sperimentando con cavie tubercolose, si possono ottenere risultati più asutti, a causa della reazione più energica che esse spiegano di fronte alla tubercolina.

Dagli esperimenti che l'autore riferisce, si rileva esser egli riuscito, con 1,5 cc. di siero, a preservare una cavia da 80 giorni infettata di tubercolosi, contro la dose mortale doppia di tubercolina. Le cavie così trattate potevano vivere fino a 62 giorni dopo l'infezione, mentre le cavie di sontrollo, trattate solo con 0,20-0,50 gram. di tubercolina morivano in 7-18 giorni.

L'autore sperimentò anche nell'uomo il suo siero. Ad un tisico di 88 anni senza febbre, che reagi fortemente ad 1,50 mmg. di tubercolina, egli iniettò, 5 giorni dopo che scomparvero i fenomeni reattivi, 0,75 cc. di siero e 2 mgr. di tubercolina, senza che si producesse alcuna reaindividuo 2 mmg. di tubercolina, senza siero e rapidamente.

si ebbe una forte reazione. Questo esperimento dimostra la presenza di un'antitubercolina nel siero adoperato dall'autore.

Accertato questo fatto, egli cominciò il trattamento di cavie tubercolose con l'antitossina tubercolare, e riusci a guarire più di 40 animali, mentre le cavie di controllo morivono per lo più alla 15ª settimana.

Dopo questi risultati, l'autore si è creduto autorizzato ad adoperare il suo siero nell' uomo a scopo curativo, e gli esperimenti che sono in corso mostrano che sotto l'influenza di questo siero lo stato generale migliora rapidamente, i bacilli dopo alcune settimane scompaiono dallo sputo, la tosse e l'espattorato diminuiscono (Munchener medicinische Wochenschrift, n. 8, 1897).

De Grania

NOTE DI TOSSICOLOGIA

Sull'avvelenamente per anilina. Frank e Beger riferiscono un caso di avvelenamento per anilina, i cui sintomi principali furono in prima cianosi. che si manifestò circa un'ora e messa dopo l'intossicazione e nel corso delle susseguenti 5 ore raggiunse un grado altissimo. La cianosi cominciò alle guance, dove fu sempre più spiccata che nel resto del corpo; si estese poi alie mucose, specialmente alla boccale; anche il tessuto sottocutaneo aveva preso un colorito bleuastro,

Questa cianosi si distingueva da quella che suole accompagnare le ma attie cardiache e polmonari per questo, che non era associata a dispuea, e dippiù per la sua graduazione speciale di colorito, che era livido, grigio-bleuastro.

Per ciò che riguarda la causa di nuesto colorito cianotico, il Dehio ammette che l'olio di anilina nell'organismo dà luogo ad una sostanza bleuastra che imbeve tutti i tassuti.

Il Müller invece ammette la metemoglobinemia. In favore dell'opinione del De h i o parlava nel caso riferito dagli autori, il fatto che il connettivo sotto-cutaneo era uniformemente colorato, allo stesso medo della pelle. Dall'altra parte la presenza di metemoglobina nel sangue era probabile, perché esso aveva acquistato un colorito rosso-bruno scuro; però non potè essere accertata perchè non fu fatto l'esame conveniente.

Gli altri sintomi importanti che presentava l'infermo, furono la sonnulenza, diarrea, vomito, il quale ultimo fu il sintoma che fece fare la diagnosi, perchè le materie vomitate avevano l'odore di anilina. Il polso, tanto nell'acme dell'avvelenamento, quanto durante il collasso, era frequente, piccolo, facilmente compressibile ed irregolare. Le estremità erano fredde. Non esisteva colorazione itterica della pelle e delle solere.

Ciò inoltre che era degno di nota nel caso presente era che i fenomeni così spiccati di avvelenamento scomparvero così rapitiamente, che 24 ore dopo l'intessicazione, non ne esisteva più alzione. Trascorsi altri 5 giorni, iniettò allo stesso cuno, ed anche i disordini subiettivi scomparvero

La terapia consistette in primo luogo nel lavaggio dello stomaco; quando tutta la sostanza tossica venne in questo modo allontanata; fece buona prova la trasfusione endo-venosa, alla quale gli autori attribuiscono la rapida scomparsa dei sintomi di avvelenamento. Il liquido adoperato per la trasfusione fu la soluzione alcalina di cloruro di sodio chesuole impiegarsi nelle anemie acute. Contro il collasso furono usati gli analettici, in forma di olio canforato per clisteri ogni 8 ore.

Non può dirsi con certezza se i buoni effetti della trasfusione venosa furono dipendenti dalla semplice diluisione del sangue o dall'aumento dell'alcalinità. D'altra parte l'anilina, in piccole quantità, non ha asione nociva diretta sul sangue come lo provava il fatto che un saggio del sangue eseguito quando la guarigione era già avvenuta ed il sangue medesimo aveva i caratteri del sangue normale, dimostrò la presenza di piccole quantità di anilina, ed anche l'urina dava la reazione dell'anilina (Munchener medicinische Wochenschrift, n. 8, 1897).

De Grania

NOTE TERAPICHE

Anestesia per infiltrazione. Guglielme Robinsen. Il metodo dell'anestesia locale, per mezzo dell' infiltrazione, introdotto e perfezionato da Schleich di Berlino è certamente una delle più importanti ed utili scoperte di questa ultima decade del nostro secolo.

Molti medici si astengono dal metterlo in pratica, credendo che esso abbia bisogno di una pratica speciale; ciò non è vero, essendo molto facile il suo uso.

Le soluzioni che, a tale scopo, vengono comu nemente adoperate sono le seguenti:

Soluzione media normale. .

Idroclorato di cocaina	1
Idroclorato di morfina	0,25
Cioruro di sodio chim. puro	2
Acqua distillata e sterilizzata	1000
Soluzione forte.	•

Idroclorato di cocaina Idroclorato di morfina 0,25 Cloraro di sodio Acqua distillata e sterilizzata 1000

Soluzione media.

Idroclorato di cocaina	0,1
Idroclorato di morfina	0,25
Cloruro di sodio	2
Acona distillata a sterilissata	1000

Per impedire la decomposizione, si possono aggiungere a questi liquidi, 20 gocce di una soluzione di fenolo al 5 per 100.

Di queste soluzioni, ordinariamente, si adopera la soluzione media; le altre due sono usate dal cloroformio o dall'etere.

in casi speciali; la prima, per esempio, viene adoperata nei casi di forte infiammazione, la ssconda, quando si vuole infiltrare di liquido anestesissante una larga superficie, poichè, allors, se ne inietta una grande quantità.

Della soluzione media, la quantità, che ordinariamente si inietta, è di oc. 90 a cc. 120; della forte è di 30 a 60 cc.; della leggera è di 250

a 500 cc.

Il Robinson, quando vuole iniettare una soluzione debole, modifica in questo modo la for-

Idroclorato di cocaina	0,2
Idroclorato di morfina	0,12
Cloruro di sodio	2,0
Acqua distillata e sterilissata	1000.

A questo metodo di anesteria si fanno da alcuni le seguenti due obiezioni.

Si dice che, essendo le sostanze impiegate in debolissima quantità, l'anestesia si produce semplicemente per l'azione dell'acqua e che poi quest'azione é più suggestiva che reale.

Queste due obiesioni, però, come s'intende, non sono di grande importanza, potendo (facilmente essere smentite.

Il metodo, che si deve adoperare per le inte-

zioni, è il seguente:

si pulisce e si disinfetta prima di tutto la pelle, si anestesizza poi il punto, in cui deve farsi l'iniezione, con spolverizzazione di etere o di cloruro di etile; si inietta finalmente una delle soluzioni sopradette.

Per fare ciò, si adoperà una siringa della ca-

pacità almeno di cc. 15.

La injezione non deve essere ipodermica, ma dermica; il liquido cicè deve essere injettato nello spessore della pelle. Per far ciò, si deve tenere la siringa, per quanto è possibile, parallela a questa.

Basta ordinariamente, per una piccola iniezione, di iniettare il liquido in un punto; esso si spande per una estensione di due o tre pollici.

Il meccanismo, con cui tale metodo produce l'anestesia in una parte, è triplo; ed in vero questa è dovuta prima di tutto alla azione diretta dalla cocaina della morfina sulle terminasioni nervose, e poi alla ischemia ed alla distensione dei tessuti prodotta meccanicamente dal liquido iniettato.

La superiorità di questo metodo sulla ordinaria anestesia locale, per mezzo della cocaina, è

dovuta a questi tre fatti.

Prima di tutto non si determinano, con esso, gli effetti tossici, che alcune volte dà luogo la cocaina; secondariamente si può rendere anestesica una area più profonda; infine, l'anestesia prodotta col metodo di Schleich è più duratura, durando da 15 a 20 minuti, mentre, quella prodotta dalle semplice cocaina, col metodo ordinario, dura da due a cinque minuti.

Il metodo di Schleich è anche, sotto alcuni punti di vista, superiore alla narcosi prodotta

Prima di tutto, vi sono molti individui, in cui la cloro- o la eteronarcosi è controindicata; in questi casi si deve ricorrere certamente al metodo di Schleich anche in operazioni molto gravi; del resto esso è stato adoperato con esito felice in amputazioni, in nefrectomie, in laparotomie, etc.

In altri casi, si è costretti a ricorrere a questo metodo, non perchè esista una vera controindicazione alla narcosi generale, ma perchè i pazienti vi si riflutano assolutamente.

In certi casi speciali, inoltre, esso presenta dei vantaggi i quali se non sono di capitale importanza, pur nondimeno debbono essere tenuti in gran conto; ed in vero si può operare con esso in minor tempo e si può fare a meno di un assistente, il quale sarebbe necessario per invigilare la narcosi.

Si è sicuri, in ultimo, col metodo di Schleich, di essere al riparo di qualunque esito infausto, che alcune volte, sventuratamente ha luogo nella narcosi generale coll'etere o col cloroformio (Medical Record, 9 gennaio 1897).

Greco

Sull'aziene dell'arsenice nella malattia di Hodgkin. B. Markwald riferisce un caso di malattia di Hodgkin o pseudo-leucemia linfatica, nel cui decorso si ebbe un fiemmone esteso da infezione e sintomi di compressione intestinale, la quale ultima costituisce una complicanza assai rara. Questo caso è degno di nota sotto l'aspetto terapeutico.

Infatti la soluzione arsenicale di Fowler, che era stata prescritta all'ammalato da un altro medico, non aveva recato alcuna miglioria, ed allora l'autore diede l'arsenico in forma di pillole. Questo farmaco somministrato sotto forma pillolare provocò una diminuzione apprezzabile, dopo un mese, del volume delle glandule linfatiche. Durante la cura arsenicale notò l'autore in vario tempo alcuni fatti (inflammazione erisip ϵ latosa della faccia, furuncoli nel viso, nevralgie intercostali ed herpes zoster) che lo costrinsero a sospendere il rimedio. Un sintoma caratteristico, dipendente dall' introduzione di arsenico nell' organismo, era costituito dall'apparizione nelle dita ed attorno alla matrice delle unghie di produzioni papillari, che alle volte erano dolorose e che non scomparivano con le causticazioni fatte con acido cloridrico e con altri rimedi, le quali ultime anzi cagiovano una reazione infiammatoria ed un aumento dei dolori.

Poiché nonostante il considerevole consumo di arsenico fatto dall'ammalato, le glandule linfatiche non erano di molto regredite in volume, così l'autore praticò le iniezioni sotto-cutanee di arsenico, adoperando la formula data da v. Zie m ss e n. Queste iniezioni non poterono ulteriormente essere eseguite, perchè le verruche nel periodo, in cui si praticavano le iniezioni, aumentavano in numero ed in estensione, anzi comparvero in tutte le dita delle due mani. Le papille aveano un aspetto sorrepolato e frastagliato, con base di frequente infiammata; i polpastrelli delle dita erano gonfi

e così il pasiente non potè più usare delle sue mani. Quest'affezione cutanea era dovuta all'azione dell'arsenico, perchè l'ammalato vi andava soggetto sclo durante la cura arsenicale e perchè esistono su di ciò pubblicazioni di Hardeway, Carrier, Arning e Heuss, i quali constatarono l'apparizione di verruche in seguito allo uso d'arsenico.

Nel caso riferito dall'autore la malattia cutanea si arrestava, ansi retrocedeva con cura adatta, quando egli cessava di continuare a praticare le iniezioni sottocutanee. Le glandule linfatiche, che erano in un tempo relativamente breve di molto diminuite in volume, tornarono, dopo 5-6 settimane, durante le quali era stata sospesa la cura arsenicale, ad aumentare in estensione ed in volume.

L'autore tentò una cura, ma senza buon risultato, con le pastiglie di tiroidina e più tardi con quelle fatte con la sostanza delle glandule linfatiche, con le quali ultime ottenne nello spasio di poche settimane una diminuzione considerevole di volume dei linfomi, constatabile anche all'autopsia essendo morto l'ammalato per una malattia intercorrente insorta in seguito ad errori dietetici (catarro intestinale acuto, diarres, dolori di ventre e di testa) e durata 8 giorni, nei quali sofferse di un flemmone al braccio sinistro e negli ultimi giorni di occlusione intestinale. Il flemmone erasi originato da un patereccio avente sede nel pollice sinistro; l'occlusione intestinale invece era da ascriversi, come provò l'autopsia, a compressione operata sull'intestino dalle glandule linfatiche del bacino, le quali, nonostante la cura con le pastiglie di glandule linfatiche, a differenza delle altre glandule cervicali ed ascellari, non erano di molto diminuite di volume (Zeilechr. f. prakt. Aerste, n. 1, 1897).

Scagliosi

Sul micrerganisme della psittacesi. Gilbert e Fournier. — Da Nocard è stato descritto un microbio speciale nella psittacosi, che avrebbe la forma di un bacillo corto, con estremità arrotondate, facoltativo anaerobio e aerobio, estremamente mobile: esso si sviluppa in tutti i mezzi di cultura, non fonde la gelatina, non fa fermentare il lattosio, nè fa coagulare il latte. Gilbert e Fournier hanno osservato cinque casi di psittacosi in una sola famiglia, alla quale erano stati regalati dei pappagalli, le cui piume, sporche di deies oni, contenevano i microbi patogeni della psittacosi. Gli autori non poterono riscontrare nel sangue di due dei citati casi alcun microrganismo; nei prodotti dell'espettorazione riscontrarono numerosi microrganismi, fra i quali lo pneumococco e lo streptococco, ma non il microbio descritto da Nocard. Le culture del sangue restarono sterili: quelle di pneumococco o di streptocosco non cagionarono mai la morte dell'animale. Uguali risultati hanno ottenuto, in due altri casi, osservati pesteriormente, dalle culture e dall'esame diretto dal sangue. In un caso però, in cui poterono praticare l'autopsia, nel sangue raccolto

logicamente identico a quello che si trova nei pappagalli, e descritto da Nocard. Gli autori con le provvisorie ricerche possono aggiungere che questo bacillo si sviluppa nei mezzi fenicati come l'Eberth e il coli bacıllo, che possiede 10 o 12 ciglia vibratili sottilissime, che non produce indolo. Per questi caratteri, esso si accosta singolarmente al bacillo di Eberth, però se ne distingue nettamente giacche si sviluppa, quantunque debolmente, sulle vecchie culture di bacillo di Eberth, mentre quest'ultimo non si sviluppa nelle antiche culture tifiche. Un altro carattere distintivo si deduce dal fatto che il bacillo di Nocard si sviluppa contemporaneamente in uno stesso tubo di brodo col bacillus coli, mentre il bacillo di Eberth non è capace di avilupparsi nelle etesse condizioni.

Il bacillo di Nocard è estremamente virulento nei topi bianchi o grigi, nei piccioni; i conigli muciono dopo 12 18 ore da un'iniesione nella vena dell'orecchio di due gocce di brodo di cultura, le cavie sono più resistenti e bisogna ricorrere all'iniesione intra-peritoneale per poterle uccidere in 86 48 ore: nei cani a livello dell'iniesione si produce un tumore duro, dolente, che scomparisce lentamente sensa suppurare. La virulenza del bacillo resiste anche per diversi mesi.

Si può ottenere anche l'infezione negli animali mescolando nei loro alimenti delle culture di questo bacillo: e il Nocard difatti metteva dei pezsetti d'ala di pappagalli morti di psittacosi nella gola di pappagalli sani, ottenendo la morte di questi ultimi in meno di 20 giorni.

Questo modo d'infezione differenzia nettamente il bacillo della psittacosi dal bacillo tifico, giacchè è noto quando sia grande la difficoltà di produrre la infezione negli animali per la vis digerente, col bacillo tifico. La reazione del Widal permette anche di distinguere i due microrganismi, giacchè i conglomerati di bacilli di Nocard sono minimi di fronte a quelli tifici.

La morfologia e le proprietà biologiche del bacillo di Nocard, possono far nascere l'idea, secondo gli autori, che questo microrganismo non sia che il colibacillo o una delle varietà di para-coli-bacilli, ospite normale dell'intestino (riscontrata dagli autori nel contenuto intestinale dei pappagalli normali) che per influenze sconosciute acquisti delle proprietà patogene, e diventi infettivo nei pappagalli e da questi l'infesione si propaghi all'uomo.

Gli autori però non escludono che il bacillo della peittacosi e il bacillo intestinale normale dei pappagalli possano non avere alcuna comunità di origine (La presse mèdicale, n. 5, 1897).

SPOGLIO DEI PERIODICI INGLESI

« British Medical Journal 2'gennaio 1897 », Lezione clinica sulla malattia di Addison-Byrom-Bramwell in questa lezione ed in altra prossima, si propone di parlare della Patologia e della cura delle malattie di Addison.

Incomincio frattanto a riferire due casi di malattia di Addison da lui osservati.

All'autopsia, esisteva nell'uno alterazione fibrocaseosa delle capsule, deposito esteso di tubercoli nel peritoneo ed antiche lesioni all'apice del polmone.

Nell'altro, all'autopsia si notò semplice atrofia completa delle capsule, le quali erano ridotte ad una massa di tessuto fibroso.

II. Cara chirurgica delle affezioni maligne delle tonsille. David Newman passa a rivista i vari metodi per operare le affezioni maligne delle tonsille, discutendo nei diversi casi quale sia il miglior processo operativo.

S'intrattiene sulle operazioni a traverso la bocca, cioè per via naturale, della legatura della carotide esterna, della divisione del mascellare inferiore della faringotomia laterale e della tracheotomia preliminare. Mostra, in ultimo, l'importanza di una diagnosi fatta nell'inizio della malattia, potendosi, in tal caso, impedire ad un tumore maligno operabilissimo dapprincipio, di estendersi e di infiltrarsi nei tessuti circostantia

III. Ciste ovarioa comunicante col retto. Harrison Cripps in un caso di ciste ovarioa comunicante col retto, dopo avere estirpato il tumore, chiuse completamente il ligamento largo e pose il fognamento fra il sacco e la vagina.

Egli propone questo metodo nei casi analoghi, invece del solito drenaggio soprapubico a traverso I peritoneo. Il risultato di quest'atto operatorio fu la guarigione.

III. Un caso di osteoartropatia in un tisico. Harris in un caso di tubercolosi polmonare, ebbe a notare lla seguente osteoartopatia: ogni dito delle mani, specialmente il medio e l'anulare, era ingrossato ed inspessito uniformemente.

Nell'articolazione del ginocchio, si notava una distinta fluttuazione per la presenza di liquido. I tessuti, inoltre, in vicinanza delle articolazioni, erano inspessitj.

Mancava qualsiasi dolore, sia spontaneo, che provocato.

IV. Un caso di dermatite prodotta dai raggi di Roetgen. Radeliffe Crocker in un giovane a 16 anni, il cui epigastrico fu esposto per circa un'ora ai raggi di Roe'ntgen, ebbe a notare le seguenti alterazioni della pelle: il giorno dopo, arrossamento di una larga superficie accompagnato da intensa irritabilità; nove giorni dopo, comparsa di vescicole, le quali, nei giorni successivi, aumentarono in estensione e ben presto si ruppero, dando lnogo ad una superficie priva di epidermide. La lesione, per quanto ristretta ed in paste modificata, esisteva ancora circa due mesi dopo il suo inizio.

V. Un caso di morsicatura di serpe, curato col siero antivelenoso. Ke a tinge e Rufier in un caso di morsicatura di un serpe, che probabilmente era il Cobra egiziano, fecero alla paziente varie iniezioni di siero antivelenoso.

L'inferma, una ragazza a 18 anni, quando ebbe fatta la prima iniezione era in stato di collasso; ben tosto si ebbe un miglioramento, il quale continuò, nei giorni successivi, in cui furono fatte altre iniezioni. L'esito della cura fu la completa guarigione; la quantità di siero iniettato fu di co 10 — 20 per ogni volta.

VI. Aneurisma intracranico trattato colla legatura della carotide primitiva. Roderick Maclaren riferisce un caso, in cui durante vita, potè fare diagnosi di aneurisma intracranico.

I principali sintomi erano i seguenti: esoftalmo dell'orecchio sinistro, congestione dei vasi
congiuntivali, edema delle palpebre, quasi completa paralisi del retto esterno dello stesso lato,
visione normale, percezione di un rumore musicale sistolico sul cranio, il quale scompariva colla
compressione della carotide sinistra, ingrossamento dell'area cardiaca. Fatta-la legatura della
carotide e somministrato all'inferma del joduro
di potassio con dieta lattea e farinacea, tutti
questi sintomi, poco a poco, scomparvero.

VII. Un caso di peritonite settica acuta con metrite curato col siero antistreptococcico. La w riferisce la guarigione di un infermo, affetto da peritonite settica, ottenuta in seguito a varie iniezioni giornaliere di ce 8 per volta di siero

antistreptococcico.

VIII Sulla patologia della doppia frattura di Colles. Lynn Thomas, per mezzo dei radiogrammi ottenuti coi raggi di Boutgen, in 5 casi di frattura di Colles, cerca di apportare qualche contributo alla patologia di quest'affesione.

Egli viene alla conchiusione che il processo stiloide del cubito, solo in linea eccezionale (una

volta su cinque) si trova rotto.

IX. Distocia prodotta da accorciamento del funicolo. Giovanni A. Lycett riferisce un caso di distocia, avvenuta unicamente, cosa molto rara, per l'accorciamento del cordone, il quale quantunque cosse di lunghezza ordinaria era divenuto molto corto, essendo passato attorno al collo del 13to.

X. Un caso di purpura artritica. Ernesto Peake.

XI. Il valore del latte sterilizzato. Kington Bartou riferisce alcune sue convinzioni, che egli ha potuto formarsi, sui vantaggi del latte sterilizzato. Le principali sono queste: Il latte completamente sterilizzato, senza l'aggiunta di altro latte fresco, prima o tardi, produce lo scorbuto. Qualunque specie di latte sterilizzato dopo un certo tempo si altera.

Il miglior mode di conservare per un certo tempo il latte e di privarlo dei germi patogeni consiste nel mantenere per 15 minuti il latte alla temperatura di ebullizione o meglic due gradi sotto.

In questo modo si e ita il pericelo dello scorbato. Greco

LA MEDICINA ITALIANA ALL'ESTERO

Nomine

Il Ministro della Istruzione e la Facoltà medica di Berlino. hanno incaricato il prof. Jammanuel Mronk, capo del reparto speciale fisiologico dell'Istituto Universitario di Fisiologia di Berlina, di continuare le lezioni del prof. Da Bois-Reymond.

Il libero docente di Odontojatria dottor Boennecken, è stato chiamato come professore straordinario nell'Università tedesca di Praga.

Come successore di Baumann è stato'chiamato a Freiburg il prof. Kiliani della Scuola tecnica superiore di Monaco.

Il prof. dottor A. E u l e n b u r g di Berlino é stato nominato consigliere medico di corte.

Il dottor Ernst Frund fu nominato direttore definitivo del Laboratorio di Chimica medica nell' Ospedale Rudolfstung di Vienna.

Il dottor Julius Donath di Budapest fu no minato medico ordinario di malattie nervose in quello ospedale.

תוך בינול להוג בינול לבים לבים בינול בינול בינול בינול היות היות היות בינול בינול היות לינול בינול בינול בינול

NOTIZIE

li giubileo del prof. B. Fracakei

Alla fine del decorso anno si é festeggiato in Berlino, il 60° genetliaco ed il 25° anno di docenza del professore Fraenkel. In quel giorno, che fu una vera festa della scienza, furono conferite molte onorificanze allo illustre uomo.

Il consigliere Althoff trasmise a nome del ministro del culto. gli augurii di felicità del ministro tedesco; i generali medici vo u Coler e Grassuick gli rimisero gli augurii inviati della Kaiser Wilhemis-Akademie; Rosen berg, il vecchio discepolo ed il fedele Ajuto, presentò all'illustre professore un album di articoli della Specialità, alla elaborazione del quale hanno partecipato, oltre a molti laringologi berlinesi, quelli di quasi tutti i paesi dell'Europa, nonchè della America.

Decli italiani il prof. Massai inviò un articolo dal

Deglitaliani, il prof. M a s sei inviò un articolo dal titolo . « L'Ascesso peritracheo laringeo nei bambini ».

Landgraf si congratulò in nome della Società la ringologica di Brlino, Heymann in nome di tutti i doenti tedeschi di Laringologia.

Anche i medici pratici e gli scolari del Fraenke inviarono una commissione che porse le più vive con gratulazioni al venerando laringologo.

Laboratorio Batteriologico in Vienna

ll Ministro dell'Agricoltura di Vienna ha proposto di aprire un credito di 86000 fiorini per l'impianto di un Laboratorio di Batteriologia.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC ARONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. Sulla invasione di microrganismi nella corrente sanguigna durante l'agonia. — Il coli-bacillo nelle vie urinarie. — 2. Lezioni originali. Istituto di patologia medica dimostrativa della R. Università di Pisa, diretto dal prof. Carlo Fedeli. Lezione di chiusura dello anno scolastico 1995-96, pel prof. C. Fedeli. — 8. Società scientifiche. — 4. Malattie infettive. — 5. Pratica delle malattie cerabrali. — 6. La scoperta di Roent gen. — 7. Spoglio dei periodici. — 8. Notisie.

QUESTIONI SCIENTIFICHE PEL GIORNO

Sulla invasione di microrganismi nella corrente canguigna durante l'agenia. F. Ohvostek e G. Egger. Ha grande importanza, nel giudicare dei reperti batteriologici post-mortali, lo stabilire se l'invasione microbica possa aver avuto luogo durante l'agonia.

Gli autori tedeschi, partendo dal concetto che nell'organismo normale non circolano microrganismi, quando trovano questi dopo morte nei tessuti e possono escludere i batteri della putrefasione, mettono sens'altro in rapporto causale i batteri trovati con le lezioni anatomiche eventualmente riscontrate.

Al contrario havvi un' intera serie di ricerche fatte da osservatori francesi, dalle quali si rileva che, durante l'agonia, può aver luogo un'invasione di batteri nell'organismo.

Lesage e Macaigne, Marfand e Lion, Marfand e Nanun, Letienne, Gilbert, hanno dimostrato che il bacterium coli, subito dopo avvenuta la morte, può invadere il fegato, la milsa, i reni, la cistifellea. La diversità nelle opinioni sta in questo, che mentre alcuni ritengono che l'emigrazione dei batteri dall'intestino possa verificarsi selo quando in esso si trovino delle lezioni, altri ammettono che anche l'intestino sano, od almeno notevolmente alterato, possa dar passaggio ai batteri che contiene. Inoltre esistono divergenze sul punto donde parte l'invasione microbica, giacche alcuni ritengono che il punto di partensa non sia l'intestino ma la vescichetta biliare. Queste controversie inoltre hanno suscitato la questione della invasione microbica agonica. Malvoz, poche ore dopo la morte, ha trovato batteri nel fegato e nella milsa della maggior parte dei cadaveri, e ritiene che la loro penetrazione in quegli organi è avvenuta durante la vita. Le prime ricerche sperimentali, fatte allo scopo di dimestrare la possibilità che durante la vita penetrino batteri negli organi, le dobbiamo a

Bouchard, il quale nel sangue dei conigli congelati trovò durante l'agonia, microrganismi. Questi esperimenti furono ripetuti dal Wurtz con eguale risultato.

Charrin constatò la penetrazione negli organi dei microrganismi iniettati nell'intestino degli animali, mentre la disinfesione dell'Intestino impediva l'invasione degli organi. In una seconda serie di ricerche Wurtz avvelenava alcuni animali con l'argenico, e durante l'agonia trovò microrganismi nel sangue e nell'essudato peritoneale pericardico e pleurale. Beco ripetè gli esperimenti di Wurtz in animali avvelenati con arsenico, cantaridina e tartaro stibiato e trovò che se la morte si produceva rapidamente, anche parecchio tempo dopo che essa era avvenuta, non si trovavano microrganismi nel sangue e negli organi. Da ciò trae la conclusione che quando i batteri non invadono il torrente circolatorio durante la vita, ciò non ha luogo, od ha luogo assai lentamente, dopo morte. Secondo queste ricerche, dunque, contrariamente all'opinione generale, può aver luego un'invasione microbica dell'organismo durante l'agonia, e quindi i reperti batteriologici post-mortali possono non corrispondere alle localissasioni dei batteri durante la vita ed alle lesioni anatomiche trovate.

E poiché questi risultati sono contrari alle idee professate generalmente dagli autori tedeschi, lo Ch vostek e l'Egger hanno ripreso a studiare questo aggomento nei conigli e nei topi bianchi, che congelavano e sesionavano, quando il cuore ancora batteva, e trovarono che in queste condisioni, durante l'agonia, può realmente verificarsi l'invasione microbica dell'organismo, la quale può avere come punto di partensa soltanto quegli organi che normalmente albergano batteri, ed in prima linea l'intestino.

Oh vostek ed Egger per spiegare l'influensa del congelamento sulla invasione microbica, richiamano l'attenzione sul fatto che all'anemia della superficie del corpo corrisponda iperemia degli organi interni, la quale è una condizione favorevole alla penetrazione dei batteri dall'intestino nella corrente circolatoria, e dall'altra parte per l'azione del freddo le proprietà battericide dei tessuti ne soffrono (Wiener klinische Wochenschrift, n. 8, 1897).

il celi-bacillo nelle vie urinarie. C. Reux. — Da un pezzo si conosceva che il coli-bacillo può essere la causa di alcune complicanze infettive che si osservano nelle vie urinarie, ma soltanto da poco tempo si è potuto meglio delucidare quale sia la sua importanza nella patologia urinaria (Macaigne, Trumpf e Finkelstein, Hutinel).

La nefrite da coli-bacillo è un'affezione assai rara di cui non si conoscono, in tutta la letteratura, che una quindicina di casi. Se ne distinguono due forme: la forma epiteliale e la forma suppurata.

La forma epiteliale, caratterizzata dal fatto che il coli-bacillo ha distrutto od alterato l'epitelio renale senza determinare suppurazione, presenta tutti i caratteri della nefrite acuta. Quando assume un andamento grave, può simulare financo la febbre tifoide.

La forma suppurata presenta il carattere delle nefriti acute come la precedente, ma se ne distingue, sia, per la presenza nelle urine di un numero considerevole di leucociti, che per la quantità dell'urina la quale è appena diminuita ed in generale si mantiene normale od aumentata di poco.

Questa forma può guarire e la sua gravessa dipende dalla estensione delle lesioni renali.

In un caso pubblicato da Macaigne si potè constatare, che l'urina al momento dell'emissione presentava l'aspetto di un brodo di cultura ricco di coli-bacilli, e difatti l'esame di una goccia mostrò la grande ricchezsa di questo microrganismo sensa che vi fossero leucociti.

Ora si sa, che gli autori i quali hanno descritto questa forma di batteriuria l'hanno considerata come dipendente da un'infesione che dall'uretra è rimontata in vescica, mentre, nel caso riferito da Macaigne, il coli-bacillo ha trovato le condizioni per mantenere la sua vitalità nella vescica, dopo essere disceso dal rene.

Questa nozione della infezione coli-bacillare della vescica per mezzo del rene, spiega quelle forme di cistite da coli-bacillo che sono state descritte nei bambini.

I sintomi di questa forma di cistite sono in generale assai lievi e qualche volta possono completamente mancare. Nei casi gravi la sintomatologia è uguale a quella che si osserva negli adulti, e sovente non manca la febbre. Questa forma di cistite può durare lunga pezza, delle settimane e dei mesi, e può alle volte determinare la morte per una complicanza che il più spesso è rappresentata dalla pielo-nefrite.

La diagnosi e la cura non offrono nulla di particolare. Trum pf somministra il salolo e pratica i lavacri della vescica col lisolo.

L'etiologia e la patogenesi di queste cistiti sono di un grande interesse, giacchè spesso non si conosce in che modo si è determinata l'infezione della vescica, nè la via per la quale il coli-bacillo vi è potuto arrivare. Hutinel desorive questi casi col nome di cistite primitiva.

Un fatto che richiama subito l'attensione, è la più grande frequenza della cistite nelle bambine, in rapporto con la brevità dell'uretra, la quale nelle donne è più esposta alle cause d'infesione.

Difatti la cistite da coli-bacillo si osserva a preferenza nelle bambine affette da lunga pezza da scolo vaginale malcurato. Se si suppone che sopravvenga un'infezione intestinale, allora il colibacillo troverà nella vulva un terreno già preparato, e moltiplican losi invaderà la vescica.

Auche nei bambini l'inflammazione dell'intestino ha un'influenza preponderante. In un'epidemia di enterite follicolare, osservata da Trumpf, si poterono constatare 14 casi di cistite da colibacillo, tanto nei bambini che nelle fanciulle.

Il coli-bacillo può invadere la vescica penetrandovi direttamente dai tessuti.

Wreden, dopo avere iniettato dell'olio di croton nel retto di alcuni cani, e legata l'aretra, vide apparire il coli-bacillo nell'urina. Ma anche la via del sangue costituisce, in un certo numero di casi, il pericolo d'infesione della vescica. Il coli-bacillo penetra nel sangue a traverso le ulcerazioni intestinali, s'elimina per il rene, e viene a coltivarsi nella vescica, così come ha potuto dimostrare Macaigne.

Alcune volte la cistite può apparire nel corso di una affezione acuta (bronco-pneumonite, meningite tubercolare ecc.) In questi casi si può pensare che la ritenzione d'urina, le lesioni epiteliali determinate dalla eliminazione delle tossine, costituiscano un terreno favorevole per lo sviluppo e la moltiplicazione nella vescica del colibacillo (La Mèdecine moderne, n. 7, 1887).

Bentivegna

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R.
UNIVERSITÀ DI PISA DIRETTO DEL PROF. CARLO FEDELLI.
DELL.— LEZIONE DI CHIUSURA DELL'ANNO
COLASTICO 1895-96, pel dottor Carlo Fedell.
(Cont. e fine. — Vedi num. prec.)

Accanto a questo trattato principale, io sono andato svolgendo via via dei trattati speciali a seconda dei casi che mi si presentavano; così la malaria mi dette agio e campo per illustrarvi completamente tutte le forme cliniche e anatomiche che presenta, nè fu tralasciata alcuna indagine; specialmente lo emosoario, i suoi differenti aspetti, il suo modo di propagarsi nel sangue, il suo rapporto con i tipi febbrili, furono gradito argomento di ripetute esposizioni ed illustrazioni.

Vicende singolari della storia dell'arte! la malaria studiata fra noi in antico da valorosissimi osservatori, riceve oggidi presso di noi i più considerevoli contributi; nè le ricerche di questi ultimi osservatori valgono a indebolire le conclusioni dei primi. Tutto altro; il microscopio, i reagenti, le più fini indagini di biologia parasitaria suonano quasi altrettante solenni conferme di quello che l'occhio penetrante dei vecchi clinici aveva stabilito, e i nomi che tante, volte mi avete sentito ricordare di Baccelli, Marchiafava, Golgi, Celli, Tommaso Crudeli, Ceci e Guarnieri s'intrecciancon quelli di Celso, di Torti, di Malpighi, di Lancisi.

Mi auguro di fronte allo splendore delle ricerche italiane sulla malaria, di fronte ai resultati così benefici nelle applicazioni terapeutiche, (di che lungamente mi avete sentito parlare) che la scienza nostra arrivi a completamente trionfare soggiogandone le cause, e cessati i vani sogni e le ricerche di lontane zone malariche, rivolgano gl' Italiani, tutti concordemente, pensieri ed affetti a render sane quelle innumerevoli regioni delle quali fu giustamente detto: « qui non si vive, si muore ». Il risanamento di quelle regioni sia la vera vittoria della vita sulla morte, non a sfogo di impotenti ambizioni, ma al solo scopo di convertire l'arida, mortifera solla, nel campo fecondo che dà il pane, frutto dell'onesto lavoro.

E seguitando la nostra via vi additerò semplicemente il breve trattato che esposi del reuma articolare acuto. Seguendo un concetto, ora seguito da tutti, (dieci anni or sono da quasi tutti rifiutato) io altra volta insegnai per il primo, in questa scuola, come dovesse riguardarsi quale malattia infettiva essendo tanto sicuro del mio concetto, che tentai allora la cultura del sangue dei reumatici, e rispose lo esperimento con le stesse apparense con le quali voi stessi lo vedete oggidì rispondere.

Non è a sfogo di orgogliose pretensioni che io vi cito i fatti sopra enumerati; è ben altro il mio fine; quello di mostrarvi come, nella scuola nostra, la passione all' esperimento sia antica, ed in certe ricerche noi possiamo, senza traccia di arroganza, vantare la priorità.

Al reuma volle un caso fortunato che potesse tener dietro la trattazione della pneumonite, o per meglio dire, di quella infezione pneumonica intorno alla quale, riallacciando le dottrine professate dalla scuola toscana e difese in modo particolare dal Burresi e da mio padre, ho cercato di dimostrarvi come, con tutta la luce chericeve dagli studi odierni, possa costituire il punto di partenza di ricerche interessantissime, non solo di clinica, ma di patologia e di terapeutica sperimentale.

Mi auguro che gli studt sulla sieroterapia pneumonica iniziati con sì felice successo dal Foà, trovino una diretta applicazione nella clinica; ma frattanto l'infezione pneumonica studiata meglio addentro nel suo modo d'invadere l'organismo, nelle reazioni che desta nei tessuti sani, principalmente nei processi anatomici del polmone, delle sierose, ha insegnato ai medici a non correr troppo veloci «per non tentate vie» e, a non dispreszare con troppa facilità, i compen i terapeutici adottati dall'esperienza secolare.

Le ricerche del Lépine sugli effetti delle iniezioni intrapolmonari e gli insuccessi da cui furono seguite; i tentativi del medesimo, coronati invece da felice esito, sugli effetti delle suppurazioni artificialmente provocate nelle infiammazioni pneumoniche, costituiscono una esatta riprova di quanto io asseriva. Mentre gli studi più recenti sulla diminusione delle tossine e il salasso, la sottrazione locale e l'anemia viscerale il fagocitismo e le rivulsioni, costituiscono al trettanti argomenti di conferma a molti dati terapeutici della vecchia clinica.

A titolo di complemento e per meglio spiegarvi la parte semiologica, io trattai dopo la infesione pneumonica, della bronchite, delle bronco alveolite, delle pleuriti della metapleuriti, e metapolmoniti. Ciò fatto io volli, presentandosene l'occasione, illustrarvi la febbre tifoidea; qui, non lezioni cattedratiche, nè descrisioni troppo sintetiche; cercai invece di imprimervi un concetto pratico di questa rilevantissima infezione; per ciò vi condussi al luszeretto, e quante forme e

quanti fenomeni mi capitarono, vi illustrai dapprima, quindi posi in rapporto i fenomeno con i fatti anatomici; riassunsi in lesione quanto aveva esposto al letto dell' ammalato; terminai parlandovi della biologia della tifoidea accennaudo specialmente alla questione tutt' ora pendente sul microrganismo eberthiano di fronte al colibacillo.

Due casi caratteristici di meningite cerebrospinale mi offrirono campo ad illustrare largamente cotesta forma; per ultimo la sopravvenienza di una piccola epidemia d'influenza mi dette modo di trattenermi largamente sulla discussa etiologia della influenza, di dimostrarvene le forme cliniche più rilevanti e, quel che è meglio, d'istituire delle ricerche batteriologiche che dettero risultati singolari e dei quali vi parlerò oltre.

Nelle lezioni del lunedi, dal marzo in poi , potei esporvi alcuni tipi di malattie nervose; in questa parte del mio insegnamento ebbi in animo una sola cosa: allargare le vostre cognizioni tanto, da avervi potuto, al termine dell'anno, esporre quelle forme di malattie nervose, che era necessario voi conosceste, in relazione ad altre forme morbose studiate ed esposte durante l'anno.

In quest' anno io aveva principalmente fissato la vostra attenzione sulle anemie e sulla clorosi, quindi doveva cercare di rendervi note le nevrosi della sensibilità, della motilità e del trofismo che hanno più speciale rapporto con gli stati anemici.

Così consacrai due conferenze alle nevralgie in genere, alla ischiade in ispecie, v'illustrai un caso di mioclono multiplo, vi feci una conferenza sopra un caso di nevrosi vasomotoria dei più singolari che mi sian capitati all' osservazione; e soltanto perchè non sfuggissero alla vostra attensione due fatti singolarissimi, deviai dal mio programma, ed una volta mi trattenni sulla patologia dei tumori cerebellari, altra volta su quella della paralisi spastica.

Tali, gli argomenti intorno ai quali si svolse il nostro corso, e sui quali dovrete essere interrogati.

Avrei voluto trattarvi almeno delle porpore, e per completare il mio disegno, in aggiunta alla patologia delle anemie dirvi di quella delle principali malattie del ricambio organico ed in ispecie della gotta, del rachitismo, del diabete eto,

Ma in parte il tempo manco, in parte prefertl di non trattare teoricamente verun argomento, e di trattenermi invece sopra argomenti pratici, dei quali mi si presentasse il modo d'illustrarli al letto del malato.

Veniamo ora ai lavori della sezione clinica e del laboratorio.

Nella sezione clinica, convien dirlo, grazie alla massima buona volontà delle autorità ospitalisre, nulla mi è mancato; tengo qui pubblicamente ad attestar ciò ed a renderne sentiti ringraziamenti in modo particolare all'egregio sopraintendente mio antico carissimo amico e condiscepolo.

Avemmo circa 100 ammalati, vado orgoglioso di questa cifra, della quale, per quanto io mi sappia, in poche altre università italiane l'insegnamento di patologia speciale può disporre.

Ciò conferma un antico mio modo di vedere, che cioè nello interesse degli studi medici è necessario il massimo buon accordo fra ospedale ed università, fra personali dell' insegnamento e personale ospitaliero. Voi foste testimoni della larghessa con la quale tutti i primari, tutto il personale sanitario di questo ospedale soccorse ai bisogni del mio poverissimo insegnamento.

Voi vedete con che premura il direttore del lazzaretto, il medico a ciò deputato, ci rendessero persino avvertiti dei casi meglio adatti per la nostra istruzione, per la trattazione mia; voglio attestare nella estensione delle mie forze questi miei sentimenti e questa, sebbene modestissima, conferenza, verrà da me dedicata al personale sanitario dell'ospedale.

Con ciò, o giovani, io non faccio che render giustizia; qui veramente si continua la tradisione; l'ospedale di Pisa, che ai primi del 1700, quando in nessun luogo esistevano cliniche universitarie, voleva che i suoi maestri aiutassero l'insegnamento universitario; che poco oltre la metà del medesimo secolo, istituiva di suo la clinica ostetrica, che favoriva l'insegnamento clinico di Vacca Francesco, nel semestre estivo, precedendo in ciò, quanto oggi si pratica con plauso nel così detto, sommer semester, delle più reputate università germaniche, continua e continuerà, ne son certo-, l'opera sua adiutrice della nostra.

Poche parole del lavoro di questa sezione clinica; io stesso ne pubblicherò il resoconto per esteso: alcuni casi saranno illustrati separatamente ed inclusi in altro lavoro che sto per pubblicare e del quale vi accennerò oltre: fra questi è notevole il caso del nefritico uremico che dette origine a così viva discussione diagnostica e che del giudizio nostro dette luogo a perfetta conferma la necroscopia. Lo illustrerà il mio aiuto dott. Casarelli con quell'acume pari in lui sila larghezza delle cognizioni.

Poche parole dei lavori di laboratorio: voi conoscete purtroppo la esiguità dei menzi che io
possiedo; è quasi un' irrisione chiamare labora
torio quelle due stanze nel centro dell' istituto
ostetrico, che a me furono destinate e il materiale, pur troppo, corrisponde ai locali. Non valsero le premure solerti del Rettore, non valsero
le mie rimostranze personali; si è largheggiato
con insegnamento chirurgico analogo al mio e
me godo per il dotto collega ed amico carissimo
che lo regge; ma non posso a meno di protestare
per disuguaglianza delle misure e che là vi sia
copia di personale, locali convenienti e sussidi e
quà, sia tutto negato.

Di tal che, se ho potuto sperimentalmente produrre qualche cosa, ciò è avvenuto per la ferma volontà che vi ho posto, per i messi che personalmente vi ho sacrificato, per la costante cooperazione e sacrificio del mio aiuto e dei miei assistenti, per l'opera che alcuni di voi hanno generosamente prestata.

In messo a tanta difficoltà qualche cosa si è raggiunto: sto completando un layoro sperimentale sopra alcune dispnee riflesse; ho inisiato delle ricerche sulla nucleo-albumina dell' uovo, che presto vedranno la luce; in paragone con i risultati ottenuti con la ovarina nella clorosi, che io per il primo ho adoperato in Italia, ed in tal malattia ho istituito delle ricerche con gii estratti glicerici delle ovaie nelle diverse specie animali ed ho voluto confermarne gli effetti sugli animali e sull'uomo, riserbandomi all' anno avvenire altre ricerche sul metabolismo organico degli animali castrati.

Ho terminato un lavoro clinico sperimentale sopra alcuni soffi addominali che costituisce la seconda ed ultima parce del mio contributo sul soffio splenico.

Nè per quanto i messi nostri fossero limitatissimi, ho trascurato negli studi di gabinetto le applicazioni della batteriologia; oltre quanto accennai sulla cultura del sangue dei reumatici e degli affetti da meningite cerebro-spinale, ho potuto compiere delle ricerche batteriologiche sulle urine e sul sangue di un infermo d'influenza, dalle quali troverebbero in parte conferma le ricerche del Roux.

Insieme al mio assistente, dottor Bussagli, ho completato in quest' anno quelle osservazioni sulla isotonia che annunziai nella lezione di chiusura dell'anno decorso; i risultati ottenuti sono per credere che non solo la clinica e la terapeutica, ma ben anche la stessa fisiologia potrà ritrarre da questo modesto lavoro dei dati di molta utilità.

D'altra parte due egregi giovani di 5º anno, hanno eseguito con uguale indirizzo delle ricerche sulle variazioni della isotonia sotto l'influenza di alcuni noti emolitici, che se non erro dalle poche esperienze per ora istituite potranno avere interesse non piccolo in paragone con le ricerche del Bussa gli. Al mio aiuto pur spettano delle esperienze sulla eliminazione degli eteri sulfonici nella tisi tubercolare che, per ora, rappresentano il nucleo di un lavoro che, son certo, riuscirà degno di lui.

Esperienze utilissime intraprese e condusse con amore volontario, il mio assistente Casabianca sotto la direzione mia e del dottor Cas e r e t t i sulla tossicità urinaria delle anemie e nella clorosi; ne troverete citate alcune nelle lezioni che sto pubblicando, altre le riserbo ad ulteriore pubblicazione. Infine mi preme di ricordare la buona volontà dei nostri commilitoni Cesarie Sorbi, il primo dei quali si è proposto di aiutarmi nel lavoro sui fenoli che sto completando. La prima parte di tal lavoro fu da me effettuata nel laboratorio sperimentale di farmacologia in Firenze, ed ebbe la sorte non comune di essere tradotta in tedesco; ora spero, mediante la ferma volontà di questo vostro condiscepolo, di poter condurre a fine la seconda.

L'altro ha intrapreso un lavoro, sulla valutasione dell'urea con il mio metodo, sperimentandolo comparativamente; spero vorrà riprenderlo al termine delle vacanze, dandogli tutta la maggiore estensione possibile.

I lavori già condotti a termine insieme alle più notevoli osservazioni cliniche verranno tutti riuniti in un volume che uscirà ben presto col titolo: « Lavori del laboratorio e della sezione clinica dell' insegnamento di patologia speciale medica dimostrativa ».

Tali i levori compiuti in quest'anno, quel poco che insieme a voi ho potuto fare; se di più non mi fu dato di compiere, non fu certo colpa mia; il desiderio vivissimo che he di adempiere scrupolosamente al dover mio unito alla coscienza della mia debolezza, mi spronavano a far ben altro; avrei voluto esaurire quanto promisi nella lezione dell'anno decorso, quanto io stesso mi era imposto, come un obbligo; ma se voi conoscete la mia buona volontà, conoscete altresi la ragione, per la quale non mi fu dato tener le promesse;

u l'assoluta mancansa di mezzi; io nulla ho ottenuto di quanto chiesi in limiti modestissimi; solo in parte e in quest'ultimo scorcio del mese, da una benefica istituzione cittadina mi vennero accordate alcune centinaia di lire, con le quali potei acquistare oggetti indispensabili.

Quindi a me non resterebbe ora che congedarmi da voi, incoraggiarvi, fondandomi sul criterio della diligenza, con la quale avete frequentato il corso e del profitto dimostrato, incoraggiarvi, ripeto, alla prova finale e chiudere; ma riprendendo quel concetto, con cui esordii in queste parole che per quest'anno vi dirigo ultime, si compendiano, come vi dissi, avvertimenti, consigli e ricordi; perchè io stimo nell'opera del Maestro; persino in queste scuole elevate e che conducono all'esercisio professionale, non si debbono mai disgiungere la educazione della mente da quella del cuore; i ricordi appartengono a quest'ultima.

Crederei di mancare al dovere più sacro, nè potrei lasciare questa scuola e voi senza rimorso, quando oggi non vi ricordassi il nome di Pasquale Landi; dell'opera sua gloriosa e che circondò di nuovi splendori la tradizione chirurgica, fulgidissima della scuola nostra, altri già disse e dirà con la efficacia che deriva dalla virtà di sapere e con ben altra parola che non la mia poverissima; ma a me, ultimo fra i suoi scolari, a me, fatto segno dell'affetto suo per tante e tante occasioni, sia dato di aggiungere un fiore solo ai tanti che furono deposti sulla tomba lacrimata, e questo sia il fiore della gratitudine con la quale (e più col cuore che col labbro) vi faccio noto, o giovani, che egli con affetto altissimo di amico, con pietà grande di collega, fu il compagno inseparabile degli ultimi giorni di mio padre, delle ultime sue sofferenze. E quando, col volger degli anni e dopo vicende non liete, io qui ritornai, la sua commosione, le sue lacrime furono il più gradito, il più caro attestato di affetto che io ricevessi alla mia prelezione.

Non una parola di più, o giovani; curvatevi con me reverenti dinanzi al suo tumulo, e, alla memoria del maestro perduto a lasciate che io unisca quella di un discepolo; le lande inospiti africane videro la fine gloriosa del tenente Iacopetti: a me che l'ebbi scolaro affettuosissimo e che ne conservai sempre viva memoria, piangerne la perdita e additarne a voi l'esempio.

Troppo altro vorrei dirvi, ma, giovani miei, il tempo, ora più che mai, prezioso per voi, esige che io cessi; un'ultima parola soltanto: Taluno

potrà darmi forse del rettorico e del grammatico per queste espansioni dell'animo mio, con le quali chiudo ogni anno il corso; non è ciò: non è una vana ostentazione, credetelo, è dirvi quel che sento, e, per non tacer nulla, io voglio esporvene la ragione.

Sessant'anni fa un giovanetto di 14 anni accompagnato da un vecchio militare, varcava per la prima volta la soglia della nostra Università; i successi negli studi minori ve lo avevano condotto un anno prima di quanto la legge concedesse; il valore dell'ingegno già addimostrato gli aveva fruttato il modo di studiare, un posto di grazia, il modo di supplire a poverissimi mezzi. Quel giovinetto traversò qui tutti gli studi lottando con difficoltà, e patete capire quali, che gli derivavano dalla condisione onestissima, ma niente agiata della famiglia.

Quel ragazzo quattordicenne superò ogni ostacolo ed un giorno, per mano di uno dei suoi maestri, fu collocato su questa istessa, cattedra.

Ma in mezzo ad una carriera brillantissima, in mezzo agli onori che lo circondavano, fra gli agi di una onesta fortuna, egli non seppe mai dimenticare due cose: i suoi maestri con i suoi compagni.

I suoi compagni rivide sempre nei suoi scolari e li ebbi cari come figliuoli.

Quell' uomo, giovani miei, era mio padre: raccontandomi la sua povera e laboriosa infansia, egli non lasciò mai di ricordarmi i suoi condiscepoli; narrandomi i suoi successi, Egli mi designò sempre i suoi scolari.

Quello che io so, che io ho, dopo Dio, lo debbo a lui. Egli mi ha lasciato un retaggio, l'affetto agli studenti de è per ciò che io non posso lasciarvi senza dirvi che: nella vita vostra contate su me, mentre vi tendo le braccia e vi saluto nel nome suo.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società di chirurgia di Parigi. - Cura del restringimento uretrale. - Diagnosi dei tumori del fegato. - La gastro-enterostomia. - Pieurotomia esplorativa . - Un caso di di assesso eerebrale.- Accademia di medicina di Parigi.- Resenione intradurale delle radici posteriori. - Parto cesareo seguito da isterestomia addominale totale. - Accidenti pseudo-rabici del cane. - Neuromi multipli in un caso di poliorchidia. - Società di biologia di Parigi.- Azione del siero d'anguilla sul sangua.- Funzione della tiroide. - Apparenti capsule surrenali.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI

Tornata del 20 gennaio 1897.

Cura del restriagimente uretrale. Bazy propone l'uretrotomia interna praticata sulla parete superiore dell'uretra.

L'emorragia è uguale a quella che determina l'incisione della parete inferiore e nel caso riferito dall'oratore il risultato è stato eccellente.

Diagnesi dei tumeri dei fegate. Tuffier onde stabilire, durante l'operazione, la diagnosi differensiale dei tumori del fegato, consiglia l'esplorasione dell'ilo di questo organo. Se si tratta di un neoplasma maligno, i gangli dell'ilo sono sempre aumentati di volume ed invasi dalla malattia.

Durante l'operazione, l'emorragie si riescono a vincere facilmente, comprimendo l'ilo del fegato.

La gastre-enterestemia. Reynier crede che gli accidenti segnalati da alcuni autori in seguito a questa operazione, come, ad es. l'occlusione intestinale, siano dipendenti da una tecnica difattosa.

Difatti, l' cratore, praticando la torsione dell'intestino, primacché si facessero combaciare i due monconi sezionati, non ha visto mai seguire alcuna complicanza.

Certamente in molti casi di gastro-enterostomia, la guarigione è sopravvenuta senza che si praticasse la torsione dello intestino, ma si può sempre pensare che la porsione dell'intestino combaciata fosse assai mobile e molto lontana dal duodeno.

L'oratore rigetta tutti i processi complicati, e non mette in pratica che la semplice torsione dell'ansa intestinale.

Quenu ricorda di aver praticato un buon numero di volte la gastro-enterostomia senza torsione dello intestino, e senza che gli infermi presentassero fenomeni d'occlusione intestinale.

Chaput invece dà ragione a Reynier, ed anch'egh crede che il migliore espediente per impedire l'occlusione intestinale sia la torsione dell'intestino.

Ricard riferisce un' osservazione, riguardante un ammalato operato di gastro-enterostomia, il quale fu guarito dall'occlusione intestinale, intervenendo nuovamente per praticare il combaciamento del digiuno col duodeno. In questo caso esisteva una distensione enorme del tratto superiore dell'intestino, ed una vacuità completa della sezione inferiore.

Pieuretemia esplorativa. Bazy riferisce nuove osservazioni sulla innocuità delle inclaioni della pleura nelle operazioni del polmone.

Un case di ascesse cerebrale. Reynier presenta i pezzi anatomici di un ammalato operato per un ascesso, cerebrale consecutivo a lesioni dell'orecchio medio.

Il fatto più interessante in questo caso era la afasia dovuta alla compressione del lobo frontale per un ascesso del lobo temporo-occipitale.

L'oratore, quindi, crede che se nei casi d'afasia una prima puntura praticata nel luogo di elesione, non dà alcun risultato, occorre sempre pungere obliquamente ed indietro.

Broca fa osservare che se Reynier avesse seguito la via mastoido-petrosa, sarebbe arrivato direttamente sull'ascesso cerebrale.

Poirier crede pinttosto che la trapanasione proposta da Reynier cada troppo all'indietro.

Lacas-Champlennière crede opportuno ricordare, che nelle lesioni c-rebrali considerevoli si possono manifestare l'afasia o l'epilessia jacksoniana sensa che esse avessero sede nella regione dell'afasia o della epilessia jacksoniana.

Felizet presenta un infermo nel quale egli ecopri un pesso di vetro conficcato nella mano per messo dei raggi di Rönt g e n.

Marchant presenta dei pessi anatomici di peritonite purulenta, consecutiva ad ascessi areolari del lobo sinistro del fegato.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Tornata del 19 gennaio 1897.

Reseziene intradarale delle radiei posteriori. Chipault, ha già pubblicato, in collaborazione con De moulin, l'osservazione, di un infermo, al quale ha, per una nevralgia ribelle del nervo cubitale, reciso la 8º radice posteriore cervicale destra.

Egli presenta il soggetto dopo 2 anni 1₁2. L'atto operativo non lasciò conseguenti disturbi funzionali, nè sensitivi; solamente, si ebbe a notare lieve atrofia ed anestesia dell'eminenza ipotenare.

Quindi si può concludere che la resessione intradurale delle radici posteriori, applicata all'ucmo, costituisce la cura ideale delle nevralgie ribelli.

Parte cesarce seguite da isterectemia addeminale totale. Pinard e Segond presentano una nana rachit ca, alta metro 1,15, primipara, affetta da raccorciamento di 10 centimetri dell'arto inferiore sinistro, e da cifoscoliosi notevole.

Una pelvitomia non potè permettere il passaggio del feto, e quindi fu necessaria l'operazione del parto cesareo.

Ed in vero Pinard esegui in questo soggetto

il parto cesareo, estraendo un feto del peso di contatto dell'utero di donna morta per febbre 8,600 grammi, poscia Segond fece l'ablazione puerperale. dell' utero, col metodo americano.

L'operazione, in tutto, durò un'ora.

L'esito fu buono, e la donna incominciò ad allattare il neonato la dimane dell' operazione.

Per questo splendido risultato, Pinard, pertigiano prima del metodo di Porro-, diventa sostenitore del nuovo intervento, specialmente che così si salva il feto.

Acoldenti pseudorablei del cane. Maguin ri :hiama l'attenzione sul fatto, che nel cane, le diverse forme di delirio, possono abortire, simulando per questi sintomi la rabbia.

Egli opina di fare le autopsie per mostrare realmente quali sono i cani arrabbiati.

Weber è dell'opinione di Maguin.

Neuromi multipli in un caso di pollorchidia. Péan presenta un giovane a 25 anni, affetto da neuromi multipli, apparsi all' età di 4 anni, e che gradatamente si fecero più numerosi e più voluminosi.

Qualcuno di questi tumori, al braccio, sinistro, provocando fortissimi dolori, Péan si determinò

ad estirparli.

In una prima operazione, recise il nervo mediano del braccio, e i tumori corrispondenti; con un secondo intervento, recise il nervo cubitale dello stesso lato.

In ultimo, avendo visto uno di questi tumori allo scroto, che riusciva doleroso per l'infermo, st accinse a levarlo, e con sorpresa, penetrando nella vaginale, osservò due testicoli riuniti da un unico epididimo.

Questa osservazione è creduta di sommo interesse, perchè, la poliorchidia è generalmente messa

in dubbio.

L'oratore finisce col dire: che la resessione del narvo mediano e cubitale non ha arrecato disturbi motori.

Vajana

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Tornata del 16 gennaio 1897.

Aziene del siere d'anguilla sul sangue. Hallion presenta una nota sull'azione del siero d'anguilla sul sangue in vitro e nell' organismo.

In quest' ultimo caso, crede di avere mostrato la formazione nel fegato, sotto l'azione di questo siero, d'un corpo che si oppone alla coagula-

Sulla funzione della tireide. Mouseus dimostra con una serie di tiroidectomie l'esistenza di due funzioni nel corpo tiroide e annessi : la funzione tiroidea e la funzione para tiroidea.

Gley aggiunge che le esperienze di Moussus sono confermate da quelle di Kohn, Vassale Jenneroli, di Rouxeau e di lui stesso.

Apparenti capsule surrenali. Pilliet presenta una

Bordier e Baubies riferiscono un caso di catalessia di un uomo a 98 anni, affetto da alienazione mentale, catalessi avvenuta in seguito a un colpo d'arma da fuoco della regione dell'osso joide.

Netter riferisce una nota di Robin, che riguarda un nuovo metodo di colorazione, per differenziare il bacillo del tifo dal bacterium-coli.

Physallx riferisce una nota di Sabrasès, che riguarda un nuovo metodo di colorazione delle cellule di nevroglia con la chionina e l'acido picrico.

Vaiana

MALATTIE INFETTIVE

Sulle forme clinicho della peste. L. Langer.—Malgrado che Kitasato nel 1894 abbia scoperto in Hong-kong, il bacillo della peste, la quale scoperta fece fare un buon passo alla patologia di questo morbo, molto è ancor oggi oscuro di ciò che si riferisce alle varietà cliniche della peste ed alle condizioni sociali, igieniche e climatiche che favoriscono la diffusione della malattia. Il Cantlie, in una conferenza tenuta nel decembre ultimo alla Epidemical Society di Londra, ha illustrato questi punti oscuri. Il nome di peste, se condo Cantlie, non ha nulla di specifico; egli propone la denominazione di poliadenite maligna ».

E' vero che le tumefazioni ghiandolari possono mancare, ma ciò avviene perche parecchi ammalati muoiono prima che esse si verificassero; e da altra parte anche quando le adenopatie non sono visibili o palpabili, alla sezione tutte le ghiandole

si trovano rigonfie.

Il germe patogeno della peste è un bacillo ben determinato, che è stato rinvenuto nell'uomo e nei topi. Il suo sviluppo è favorito dalle condizioni igieniche poco floride, ed è certo che gli opportuni provvedimenti igienici e sanitari sono in grado di abbreviarne l'esistenza.

Lo sviluppo della peste è talvolta precorso per alcuni mesi ed anche per qualche anno, da una forma morbosa epidemica che si manifesta con bubboni e febbre di natura benigna. Questa varietà di peste, che nel 1878 comparve ad Astraean e si estese fino a 800 chilometri in su del Volga, fu denominata *pestis minor*. Nessuno moriva di questa forma morbosa, pochi erano costretti a stare in letto; eppure l'esame del sangue, dei tessuti e delle secrezioni, metteva fuor di dubbio la diagnosi. Come hanno dimostrato le recenti osservazioni fatte a Calcutta, nella peste minore si trova un bacillo perfettamente analogo a quello della peste maligna, di cui però non possiede la virulenza. Il Payne nell' Enciclopedia Britannica, scrive quanto segue: nella forma abortiva della peste (pestis minor) si trovano per lo più serie di tagli di capsula surrenale trovata in ingorghi ghiandolari nelle ascelle ed in altre località del corpo, i quali sono assorbiti o suppurano. La temperatura raramente è elevata, ma può raggiungere i 40°C. La durata della malattia, d'ordinario è di 20 giorni, ma può estendersi ad 8 settimane, ma lo stato generale è poco modificato e gli ammalati vanno attorno così come se nulla avessero. I casi di morte sono rari. In Astracan morì un solo ammalato per complicazioni sopraggiunte. Pare che non ci sia contagio; piattosto si tratta di miasma. Questa forma morbosa, spesso è seguita o preceduta da una grave epidemia, come successe nella Mesopotomia (1278-78) ed in Astracan (1877).

Una forma speciale di ingorghi ghiandolari idiopatici è stata osservata da Cantlie nei bambini in Hong-kong. La malattia consiste nella tumefasione di parecchie ghiandole cervicali, sensa fenomeni da parte della laringe o delle parotidi. I medici hanno dato a questa forma il

nome convenzionale di *Mumps*.

Dalle osservazione che precedono si rileve, dunque, che esiste sicuramente una forma morbosa leggera, caratterizzata da febbre e tumefazioni ghiandolari multiple (pessis minor); che questa forma può manifestarsi indipendentemente dalla forma tipica di peste (poliadenite maligna), che entrambe possono presentarsi nello stesso tempo. Infine esiste una peste fulminante.

Il periodo di fucubazione della peste maligna è stato fissato a 8-6 giorni; quello della pestis minor non è stato ancora sicuramente deter-

minato.

Il decorso della malattia è molto rapido. L'individuo ammala con dolore di testa, febbre, prostrazione, e d'ordinario è costretto a mettersi a letto. Nello spasio di poche ore o pochi giorni si manifestano tumefazioni ghiandolari e la malattia giunge così al suo termine. Nondimeno esistono molti casi in cui c'è febbre elevata, eppure gli infermi non si sentono male, ovvero possono esistere bubboni senza febbre.

Il bacillo della peste fu trovato contemporaneamente da Kitasato in Hong-kong e de Yersin dell'Istituto Pasteur in Laigon E' stato descritto come diplococco semplice, come diplococco lanceolato e come bacillo corto ad estremità arrotondate ed una striscia chiara nel suo mezzo. Woodhead attribuisce queste differenze ai diversi metodi di colorazione; secondo lui, il microrganismo nelle soluzioni acquose di violetto di genziana ¿ppare più piccolo che nella soluzione di fucsina glicerinata. Y e r s i n, in Hongkong, trovò nel terreno bacilli analoghi che anche nei terreni di cultura si comportano analogamente al bacillo della peste, ma non erano virulenti, se iniettati negli animali, Anche nelle culture ottenute dagli ammalati di peste si sono sviluppati microrganismi non patogeni per gli animali, insieme ad altri virulentissimi. In conchiusiene: il bacillo della peste ha un aspetto diverso, e nelle sue culture si trovano forme diverse, diversamente tossiche e virulente e nel terreno, inoltre, si trova un bacillo analogo al bacillo tossico, ma non virulento. Quest'ultimo fatto

appoggia l'opinione che l'infesione parta dal suolo. In conchiusione, si può dire che la pestis minor, la peste fulminante e la peste tipica sono la

la peste fulminante e la peste tipica sono la stessa malattia; che causa di queste due ultime forme è un diplobatterio, e causa della **pestis mi**nor un batterio analogo, ma meno virulento.

Una denominazione più conveniente per questa ultima forma è quella di poliadenite benigna; e per le due prime forme quella di poliadenite

maligna.

L'infesione parte dal terreno. La peste tipica e la pestis minor possono esistere simultaneamente, ma questa può anche precedere o seguire alla prima. Il bacillo della forma benigna può trasformarsi in quello della forma maligna. E' possibile, ma probabile, che questa trasformazione abbia luogo nell'organismo dei topi (Wiener klinische Wochenschrift, n. 5, 1897).

De Gracia

PRATICA DELLE MALATTIE CEREBRALI

Us suove metede di tepegrafia cerebrale. Robert.—
L'autore, convinto che i metodi conosciuti
per localizzare sulla calotta cranica le diverse
regioni del cervello non sono ancora del tutto
perfetti e possono dar luogo ad errori, propone
un nuovo metodo, che, secondo lui, è al riparo
di qualunque obiesione.

Par il suo uso, bisognano due cose: uno strumento, detto dall'autore cerebro-grafometro ed un diagramma di un emisfero del cervello fatto per mezzo di questo stesso strumento adattato sul cadavere nel modo come sarà descritto pel

Nel diagramma, sono tracciate varie linee, parallele e poste alla stessa distanza fra di loro: alcune, curve, concentriche, segnate coi numeri da 1 fino a 10, altre, rette, costituenti i raggi di questi cerchi.

Fra queste linee, sono segnate le varie por-

zioni della superficie cerebrale.

Lo strumento è formato da una strissia circolare costituita da vari pezzi, uniti fra di loro, in modo da permettere allo strumento di aliungarsi od accorciarsi, nella stessa guisa di un attaccapanni.

Fra quattro punti diametralmente opposti, ad uguale distanza fra di loro, si trovano fissate due striscie, analoghe a queste, le quali, però, sono mobili nei punti di unione con la striscia circolare.

In punti egualmenti distanti, sono segnati in queste striscie, in una delle lettere, nell'altra dei numeri da 1 fino a 10.

L'apparecchio si applica in questo modo.

Si pone prima di tutto la striscia circolare sulla circonferenza del cranio, in modo che la lettera A della striscia antero-posteriore, saldata alla circolare si trova sulla glabella e la lettera V sull'occipite, in modo, cioè, che la striscia con le lettere corrisponda alla linea mediana della testa.

Si vede poi nel disgramma da quali linee venga individualizzata la regione cerebrale, che si vuole localizzare nella calotta cranica.

Supponendo, per esempio, che sia individualizsata dalle linee C e 4 si fanno compiere alla striscia numerata, che viene necessariamente, in posizione normale a coincidere col diametro trasverso del cranio, dei movimenti in avanti ed in dietro, in modo che essa passi per la lettera C.

Il numero 4 di questa striscia corrisponde alla regione da delimitarsi.

L'autore ritiene questo metodo superiore agli altri conosciuti, sia per delimitare le regioni del cervello, che qualunque altra parte del corpo umano (The Lancet, 2 gennaio 1897).

Greco

LA SCOPERTA DI ROENTGEN

La radiografia della getta. — Potain presenta un magnifico album, di mani e piedi, di persone affette di diatesi urica o fosfatica, mani di gottosi, piedi di reumatalgici, ecc.

Nelle figure di quest' album, si osservano nettamente, le nodosità e i depositi dei sali, fosfati, urati.

Basta guardare una di queste fotografie, coi raggi di Roentgen, per sapere tosto, se i depositi che si son formati attorno all'osso, sono costituiti di urati o di fosfati.

L'autore dell'album ha misurato direttamente l'opacità ai raggi X degli urati o dei fosfati.

Ors, i fosfati sono 8 volte più opachi ai raggi X, che gli urati.

Così, sulla fotografia, i depositi ur ci sono più oscuri dei depositi fosfatici.

Dunque, è chiaro che la diagnosi si può fare, sensa il concorso dell'analisi chimica (L' indèpendance mèdicale, n. 8 1897).

Vajana

SPOGLIO DEI PERIODICI GERMANICI

I. Sui tumori sifilitici di granulazione della mucosa nasale, e sulla origine delle cellule giganti nei medesimi.— Ma nasse riferisce la storia di 5 ammalati, i quali presentavano una forma morbosa particolare, ben caratterizzata, che consisteva nell'impedimento della respirazione a traverso il naso e nell'aumento della secrezione vasale.

All'esame obiettivo, l'interno del naso si trovava occupato da tumori che avevano il seguente aspetto: per lo più la superficie era liscia, raramente ulcerata; in parte essi erano solitari, in parte multipli e tanto nel setto, quanto nei cornetti e nel pavimento nasale, ma a preferenza nel setto.

Il colorito dei tumori andava dal grigio al rosso. Erano impiantati sulla mucosa o per messo di un peduncolo o con larga base; avevano una consistenza molle e sanguinavano alquanto, quando se ne faceva l'esame o si praticava una escisione.

Spesso il setto si trovava perforato.

La costituzione dei tumori era presso a poco la stessa: constavano di un tessuto molto ricco di cellule simili ai tessuti di granulazione. In mezzo alle ordinarie cellule rotonde si trovavano numerosi elementi più allungati, giovani cellule connettivali e cellule fusiformi.

Inoltre, nella maggioranza dei tumori, esistavano masse in parte caseose, in parte jaline, e cellule giganti del tipo Langhaus: i loro nuclei erano allungati, disposti verso le pareti, le cellule stesse erano parte rotonde, parte ovali ed alla periferia presentavano un mantello, da cui numerosi prolungamenti protoplasmatici partivano verso il tessuto vicino, i quali poi, incrociandosi ed intrecciandosi tra loro, formavano un reticolo, nelle cui maglie si vedevano cellule epitelioidi e cellule rotonde. Non s' incontrarono mai veri tubercoli con caseificasione centrale.

L'autore fece diagnesi di tumori puramente connettivali, che ebbero punto di partenza dal connettivo sotto-mucoso, e che l'esame istologico faceva collocare o fra i tubercoli o fra i sifilomi. Ma l'assenza di bacilli tubercolari e di tubercoli con cassificazione centrale e la presenza dell'endo-arterite, e dall'altra parte i dati rilevantisi dall'anamnesi degli ammalati obbligavano a classificare con quasi certezza i tumori osservati fra i sifilomi.

II. Sulla tiroide e l'ipofisi dei cretini e sui residui di tiroide nei casi di struma nodoso. — W. de Coulon ha esaminato istologicamente la tiroide di cinque cretini e vi ha riscontrato i caratteri dell'atrofia avanzata.

Lo stesso reperto l'autore riscontrò in un individuo con abito cretino, ma con psiche normale, con la differenza che, mentre nella tiroide dei cretini predominava il tessuto colloide fortemente splendente, il quale non si diffondeva ai vasi linfatici, nell'individuo ora cennato il tessuto colloide debolmente splendente, si presentava quasi esclusivamente nei follicoli.

L'ipofisi di cinque cretini esaminati si distingueva per la scarsezza delle cellule cromofile e per i cordoni cellulari molto sottili.

Non era certo se esistesse o no atrofia.

III. Su alcuni disordini molto precoci nello sviluppo del sistema nervoso centrale.—M. Ja c o b y descrive alcune anomalie di sviluppo del sistema nervoso centrale, riscontrate nei primordi della vita embrionale di alcuni animali. Nel primo caso si trattava della persistenza del sistema nervoso centrale in forma di una lamina midollare in un embrione di porco, abbastanza sviluppato. Nel secondo caso si trattava di una parsiale formazione doppia del midollo spinale pure in un embrione di porco. In un terzo embrione di porco si trattava di anencefalia parsiale. Nel quarto, di una pseudo-anencefalia.

IV. Sui neuromi multipli del midollo spinale, descritti da v. Kahlden.—A. Han an riporta per esteso la descrizione che v. Kahlden fa dei neuromi multipli del midollo spinale, e dà ai fatti osservati e studiati da questo autore, una interpretazione diversa, nel senso che non si tratta realmente di tumori, di neuromi, ma della sostanza bianca stessa del midollo spinale, perfettamente normale, la quale è fuoruscita a traverso lacerazioni della pia, conseguenza questa non di un processo patologico, ma semplice prodotto artificiale della estrazione poco accurata del midollo spinale preso da rammollimento cadaverico.

V. Due casi di ciste dermoide dell'ovsja con degenerazione carcinomatosa e metastasi. K. Y amagiva.—Il primo caso riguardava una donna di 68 anni, in cui all'autopsia si trovò una neoformazione teratoide dell'ovaia, costituita da un tessuto misto solido e da una ciste combinata, in parte dermoide, in parte semplicemente follicolare, in parte cisto-adenomatosa.

Meritava intanto questa neoformazione il nome di ciste dermoide, giacche la ciste principale era la dermoide che costituiva i due terzi della neoformazione, mentre il resto aveva l'apparenza

come di un'appendice.

Inoltre nella superficie interna della parete di questa ciste principale, si trovò un carcinoma di aspetto ghiandolare, la cui origine difficilmente poteva essere attribuita alle cellule epiteliali piatte che rivestivano la parte interna delle cisti. Metastasi cancerigne esistevano in parecchie ghiandole linfatiche.

Nel secondo caso che riguardava una donna di 41 anno si trovò all'autopsia una ciste dermoide dell'ovaja sinistra, sulla cui parete interna era sorto un carcinoma, il quale poi si era disseminato sulla superficie sierosa della parete addominale, del tubo intestinale e del mesentere, e metastasi esistevano nelle ghiandole mesenteriche e retro-peritoneali. Si trovarono inoltre cisti ateromatose del fegato.

VI. Due casi di tumore vegcicale che aveva causato l' idronefrosi di un rene e l' ipertrofiia compensativa dell'altro.—K a n a m o r i trovò nel primo caso un tumore della vescica, con metastasi nelle ghiandole inguinali, retro-peritoneali, mesenteriche, epigastriche, bronchiali e cervicali e metastasi sotto-peritoneale del fegato.

Inoltre ulcera semplice dello stomaco, idronefrosi ed atrofia del rene destro, ipertrofia del rene sinistro, nefrite cronica interstiziale sinistra, atrofia del cuore. L'esame microscopico dimostrò che il tumore era un sarcoma.

Nel secondo caso si trovò un tumore della vescica urinaria, del tessuto grasso della parte sinistra del bacino, dell'osso iliaca sinistro, in vicinanza della cavità cotiloidea, con metastasi nei corpi cavernosi e nelle ghiandole retro peritoneali.

Degenerazione grassa del cuore. Idronefrosi del rene sinistro, ipertrofia compensativa ed ascesso del destro. Si trattava di un carcinoma a cellule pavimentose. L'autore ritiene per certo

che in questo caso il carcinoma fosse primitivo della vescica, poichè tutti gli altri organi in cui suole osservarsi l'origine primitiva del carcinoma, come il retto, la prostata, ecc., si trovarono integri; più le cellule della neoplasia avevano la medesima forma nello epitelio vescicale.

L'autore inoltre richiama l'attensione sul fatto che l'idronefrosi e l'atrofia erano nel lato corrispondente alla sezione della parete vescicale compromessa dal tumore, mentre l'ipertrofia compen sativa si osservava nell'altro rene, il quale corrispondeva alla parte della parete vescicale relati-

vamente integra.

VII. Comunicazione casuistica su di un carcinomasprimitivo del retto con frattura spontanea del femore sinistro. Fusinami. Questo caso riguardava una donna di 61 anno, in cui si trovò un tumore nel retto, nel femore sinistro e nel fegato. Era un carcinoma a cellule cilindriche. Nel discutere il caso, l'autore espone le ragioni per cui doveva ritenersi che la neoplasia fosse primitiva del retto. Infatti nel fegato la neoplasia si trovò in forma di noduli multipli, il che è un carattere di metastasi. Inoltre l'esperienza ci dice che il fegato è un organo in cui facilmente hanno luogo metastasi, mentre il retto suole essere sede primitiva del carcinoma. In quanto al carcinoma del femore, parla in favore della sua origine metastatica il fatto che non è stato mai osservato ancora in modo sicuro il carcinoma primitivo delle ossa. E' probabile che il carcinoma cilindrico si sia riprodotto in primo luogo nel midollo osseo, e di là si sia esteso alla periferia dell'osso, in modo da causare la frattura spontanea.

L'autore richiama l'attenzione sulla rarità di questo caso.

VIII. Due casi di carcinoma cilindrico, come contributo all' etiologia del carcinoma. Ja magi wa e Shibayama. Nel primo caso si trovò all'autopsia, fortemente dilatata la cistifellea e dilatato anche enormemente il dòtto epatico nell'ilo del fegato. Circa 1 1/2 cm. prima della riunione del dòtto epatico col cistico, entrambi aderivano insieme ed in quel punto si vedeva un nodo neoplastico biancastro. Qui il dòtto epatico non era permeabile alla sonda e la mucosa era inspessita ed ineguale. Lo stesso aspetto aveva la mucosa del dòtto cistico. La notevole stenosi dei due dòtti era stata causa di itterizia generale, di degenerazione cistica dei dòtti biliari e di idrope della cistifellea.

All'esame microscopico si vide che il nodulo neoplastico era un adeno-carcinoma.

Nel secondo caso si trattava di un carc'noma a cellule cilindriche, primitivo della cistifella, con metastasi nel fegato, nel diaframma, nelle ghiandole linfatiche.

Nelle metastasi ghiandolari il carcinoma presentava degenerazione mucosa. Poichè nel caso presente fu trovata anche calcolosi epatica, malgrado che fosse stato difficile clinicamente determinare se questa precedetto o seguì l'insorgere della neoplasia, l'autore ritiene che il caso da lui

riferito sia un esempio di carcinoma sorto in seguito a stimolazione meccanica, ritenendosi come caso estremamente raro la calcolosi epatica secondaria al carcinoma della cistifellae (Virchous' Archiv, Bd. 147, H. 1, 1897).

De Grania

FORMULARIO

Centre l'alepecia sifilitica

Brocq consiglia tagliare i capelli, fare due volte al giorno frizioni d'alcool o al sublimato (1 p. 500 o 1 per 1000), ed applicare la sera la seguente pomata:

Turbit minerale gr. 1
Vaselina pura < 80

NOTIZIE

Premie al pref. Mosse

Nell'ultima tornata accademica dell'Istituto lombardo di scienze e lettere, sede di Milano, presieduta dall'ex ministro Colombo, si assegnò il premio di lire 2000 della fondazione Fossati al prof. Angelo Mosso per la sua memoria sulla « Temperatura del cervello ».

Un case di canizie rapida

Fèrè riporta un'osservazione fatta su una isterica, la quale dopo una violenta caduta notò nel posto della ferita una larga macchia bianca nei capelli.

Questo fatto, secondo l'autore, non è tale veramente da rischiarare la patogenia della localizzazione delle canizie parziali: pur tuttavia esso accentua un poco la verosimiglianza dell'influenza predisponente di un disturbo localizzato della nutrizione; si vede di fatti la decolorazione localizzata ad una regione traumatizzata.

Nelle stesse circostanze della canizie, si possono avere anche altri disturbi trofici, che modificano la colorasione dei peli, come per es., il vitiligo.

La canizie poi si può associare anche ad altri disturbi come F a b r e cita un' isterica cui, in seguito ad un forte dolore, comparvero delle macchie bianche nei capelli, mentre in vari punti i capelli erano secchi e caduchi:

Altre volte la calvizie è secondaria, cioè è preceduta da una caduta rapida dei capelli : cioè avviene specialmente negli animali.

Cost Thompson cita il caso di un merlo, che essendo stato sorpreso nella sua gabbia da un gatto, fu trovato l'indomani completamente sensa penne, e quando mise di nuovo le penne, queste erano del tutto bianche (*Le Progrès Mèdical*, n. 14, 1897).

Márda

Ospedelo pei ticici a Parigi

Il Comune di Parigi ha deciso di consacrare la somma di nove milioni di franchi, alla fon dazione di un espedale esclusivamente destinato ai tisici, e nel quale gli affetti da tubercolosi possono essere assoggettati ad ad trattamento razionale.

La vitalità dei bacilie solorice

Wern icke, avendo introdotto 5 miliardi di germi colerici, in un acquario trasformato in una specie di piccolo stagno artificiale, non contenente alcuna specie di batteri dell'acqua, osservò che anche dopo 8 mesi si poteva dimostrare nell'acqua la presensa del bacillo virgola.

Scorso questo tempo, il bacillo colerico era tuttavia isolabile dal fondo dell'acquario, ma in seguito spariva ogni traccia di esso.

L'acquario fu conservato nel laboratorio esposto alla luce diffusa ed ai raggi solari.

Wernicke crede, che se si fosse impedita l'azione della luce, il bacillo virgola si sarebbe potuto ritrovare per un tempo più luugo, ed è molto verosimile che nel letto dei fiumi esso possa mantenere la sua vitalità per lunga pessa.

La celebrazione del centenario della sceperta di l o n a e r

Nella occasione di questa festa, è stata raccolta in una sala del Ministero dell'Interno a Saint-Pètersbourg, un'interessante collezione di fotografie e di oggetti ricordanti la vaccinazione e l'illustre autore.

Fra queste figuravano: una raccolta completa di fotografia di Jenner, un quadro eseguito di un pittore americano rappresentante Jenner che inocula il giovanetto Giovanni Phipps, il 14 maggio 1796; due carte geografiche dell'Europa, mostranti per messo di differenti colori, la mortalità vaiuolo primo e dopo la scoperta del vaccino: una collezione completa di tutti i lavori che sono stati pubblicati in tutte le linguesulla vaccinazione etc.

Fra breve vedranno la luce due lavori, uno dei quali conterrà la storia completa del vaiuolo e della vaccinazione in Russia dal secolo scorso fino ai nostri giorni, l'altro, oltre alla vita Ienner, conterrà la traduzione completa di tutte le sue opere.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommano. — 1. Riviste sintetiche. Sulle scottature.—
2. Lavori originali. Laboratorio neuropatologico del
B. Manicomio di Torino (dott. C. Martinotti).
Contributo sperimentale allo studio della patologia
del tessuto muscolare. Nota prima del dott. Francesco Bursio. — 8. Le Cliniche francesi. Ospedale
di Aix-les-Bains (dott. Forestier). Su di un casonon
comune di pachimeningite cervicale ipertrofica. —
4. Pratica chirurgica. — 5. Igiene pubblica. — 6.
Notigie.

RIVISTE SINTETICHE

Sulle scottature

Le diverse forme di scottatura sono state divise da Boyer in 8 gradi: arrossamento, formazione di bolle e formazione di escara, e si può ancora aggiungere, secondo Ziegler, un quarto grado, costituito dalla carbonissazione di parti del corpo o di tutto il corpo. La carbonissasione è una forma raramente osservata dai clinici ed ha luogo per l'asione duratura di elevato grado di calore. E' naturale, che le orrende distrusioni operate dal fuoco nei tessuti profondi, nei muscoli, vasi, nelle ossa, ecc., hanno luogo, quando un individuo non può sottrarsi all'asione del fuoeo, come avviene negl' incendi in teatro e nelle cetastrofi delle miniere. E' anche da supporre che in questi luoghi la carbonissazione avvenga, quando già un uomo sia morto per asfissia prodotta dai vapori. Si può avere anche la carbonissasione di membra del corpo negli epilettici, che, in occasione di un accesso, cadono col braccio o con la gamba su una piastra da forno.

La questione principale, che in tutti i tempi ha destato un vivo interesse, è la spiega della causa della morte in seguito ad estese scottature della pelle.

Molte teorie sono state emesse in proposito e numerosi sono stati gli esperimenti, eseguiti sugli animali, per studiare le alterazioni del sangue, della pressione sanguigna e dei singoli organi e così spiegare la morte; ma tuttavia non è stata data una spiega, che foese stata riconosciuta adatta per tutti i casi.

Prima di discutere sulle ipotesi e sulle teorie della morte per combustione, noteremo alcuni sintomi clinici, che si osservano nelle scottature gravi a decorso letale ed i relativi reperti anatomo-patologici, i quali ultimi sono relativamente scarsi nella letteratura. Sulla base dell'anatomia patologica si possono (meglio che non su quella della patologia) esaminare minutamente ed inter-

pretare le manifestazioni cliniche e le cause della morte.

I malati rimangono in sensi anche dopo gravi ed estese scottature e sono in grado di riferire sull'acceduto. Essi naturalmente si lamentano di dolori forti nelle regioni, in cui il chorion è stato denudato e sono assai eccitati; tuttavia sono stati notati casi, in cui gli ammalati sono andati a piedi all'ospedale sensa essere consapevoli del'loro stato péricoloso.

La pelle è fredda, il viso pallido e spesso havvi eliminazione copiosa di sudore.

La temperatura è in principio abbassata e spesso si ha un'aumento pre- e post-mortale della m desima (Oatiano). Il polso è piccolo, frequente, facilmente compressibile, la respirazione diviene accelerata, spesso superficiale e talora anche simile al tipo di Cheyne-Stokes; l'att'vità cardiaca non sembra in principio essere indebolita. I malati divengono presto irrequieti, si agitano nel letto, delirano e cercano di stracciare la medicatura; talora insorgono anche contrasioni convulsive negli arti. In altri casi insorge più o meno presto uno stato soporoso, gli ammaláti perdono gradatamente la conoscenza e finalmente muiono in un profondo collasso. L'urina è in essi, per lo più, scarsa, acida, rosso-ecura, talora albuminosa, ma conserva il suo peso specifico normale; essa contiene di frequente emoglobina, come è stato primieramente indicato da Klebs e posteriormente confermato da Landois e Strumpell.

L'emoglobinuria, che insorge in seguito ad estese scottature della pelle, è stata riferita ad una distrusione di numerosi corpuscoli rossi del sangue operata dal calore, come è stato provato da Wertheim coll'osservazione diretta di tali elementi sottoposti all'azione del calore e da v. Lesser con l'analisi spettrale.

Il reperto anatomo-patologico negli scottati è in generale negativo; per lo meno, poche alterazioni si trovano costantemente in tutte le sezioni. Nelle regioni scottate si trova un' infiltrazione edematosa del tessuto cellulare sottocutaneo, dilatazione e trombosi in quasi tutti i piccoli vasi; il fegato, la milsa, l'intestino, i polmoni, i reni ed i seni venosi cerebrali sono ripieni di sangue; osservansi ecchimosi nell' endocardio, nello stomaco, intestino e specialmente nei muscoli (v. Lesser). Nei reni, oltre all'iperemia, osservansi alterazioni patologiche macroscopiche, che sono state ben descritte da Silberman, Welti, Fraenkel, Sonnenburg e Tsch-

marke (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 44 Bd., 8 u 4 Heft.) e che insorgono, relativamente, un pò tardi. Un altro reperto, frequente nei cadaveri degli scottati', è la presensa di ulcere duodenali che si originano, secondo Ponfick, per auto-digestione prodotta dalla stasi venosa e, secondo altri, da trombosi capillare.

Il sangue negli scottati è spiccatamente oscuro e povero in ossigeno, il chè è stato anche sperimentalmente constatato da Markusfeld e Steinhaus nei conigli; questi osservatori trovarono negli elementi corpuscolari le stesse alterazioni, che M. Schultze osservò nel riscaldamento di una goccia pendente di sangue. v. Lesser osservò nel sangue, di recente ricavato da un animale morto per scottature, corpuscoli rossi pizzettati, corpuscoli rossi rotondi e talora pallidi. Silbermann trovò nelle sue esperiense alterasioni di forma nei corpuscoli rossi, occlusione trombotica delle piccole arterie e dei capillari e stasi nei polmoni, nei reni, nello stomaco, nello intestino, nella milza, nella pelle, nel fegato e nel cervello.

Salvioli notò la formazione di trombi formati da piastrine, i quali occludevano i capillari poimonari e così causavano una stasi venosa. Egli ritiene, quale scolare di Bizzozzero, che le piastrine non si originano per messo del calore, ma che esse preesistono nel sangne e, per la loro aumentata viscosità, danno luogo alla formazione di trombi; ma quest' opinione è stata completamente abbattnta da Loewit, che dimostrò direttamente sotto il microscopio l'originarsi delle piastrine dai corpuscoli rossi del sangue. Pawlowski osservo parimenti alterazioni gravi del sangue, specialmente dei corpuscoli rossi. Ponfick notò nei cani, dopo pochi minuti dalla scottatura, gravi alterazioni nel sangue consistenti nella trasformazione dei corpuscoli rossi in un numero di piccole particelle costituite da emoglobina e gravi alterazioni parenchimatose nei reni, dovute all'eliminazione delle particelle di emoglobina, le quali perà in parte sono distrutte dalla milsa e dalla midolla delle ossa.

v. Lesser osservò anche, nei conigli morti in seguito a scottature, affezioni renali gravi e la presenza di masse di materia colorente del sangue, ora granulose ora omogenee, nei canalicoli contorti, spezialmente nello strato limitante la sostanza corticale e quella midollare. Fraenkel constatò negli uomini morti in seguito a gravi combustioni, alterazioni patologiche delle

glandole dell'addome. Egli trovò alterati i reni: un materiale finamente granuloso e fortemente rifrangente la luce nei canalicoli contorti e nelle anse di Henle; i glomerull rigonfi sino a riempire lo spazio capsulare, l'epitelio dei canalicoli contorti fortemente intorbidato, scomparsi i contorni delle singole cellule, le quali in molti punti erano staccate dalla parete ed arrivavano ad occludere completamente il lume dei canalicoli, il quale ultimo era talora otturato da cilindri di emoglobina. Nei preparati fatti da peszi induriti osservò egli in modo migliore la scomparsa dei nuclei cellulari. Fraenkel esaminò pure il fegato e la milza, nella quale ultima trovò un gran numero di cellule piene, zeppe di goccie di emoglobina; nelle cellule epatiche vide scomparsa dei nuclei, alterazione degenerativa del protoplasma ed accumulo di masse di color giallo d'oro, le quali qua e la mascheravano il nucleo ancora ben conservatosi. Techmarke pubblicò reperti istologici del tutto simili a quelli di Fraenkel.

In generale si possono classificare le varie teorie, che sono state date per spiegare la morte in seguito a scottature, in 8 gruppi : nel primo si ripone la causa della morte in disturni od alterazioni degli organi della circolazione e nelle loro conseguenze; nel secondo in una intossicazione, nel terzo finalmente la morte si ritiene per choc o per ulteriori azioni sul sistema nervoso centrale.

L'opinione di Follin, che la morte in seguito a scottature insorge per una congestione generale degli organi interni determinata da scacciamento del sangue dai vasi cutanei, ha trovato pochi sostenitori ed è stata abbattuta da Sonnen burg.

Baraduc ritiene causa della morte la perdita abbondante e subitanea di siero sanguigno, cioè un condensamento del sangue, e porta in appoggio della sua opinione due autopsie. Questa ipotesi è stata recentemente accettata da Tappe i ner, che trovò il contenuto in acqua del sangue di 4 scottati, consilerevolmente diminuita, il che è dovuto all'abbassamento della pressione sanguigna.

La teoria di Baraduc fu contraddetta da Sonnenburg il quale ritiene non possibile l'esistenza di un condensamento di tutto il sangue per azione del calore, anzi al contrario il sangue rimane sempre ed in modo spiccato liquido. Finalmente anche l'emoglobinemia, che è stata additata da Tappe in er quale causa della morte, non è da riguardarsi quale movente dell'esito

letale, perché frequentemente si osservano simili sintomi ed anche gravi forme di emoglobinemia senza esito letale, come negli avvelenamenti causati dalla morchella esculenta, dal clorato di potasse, dal naftolo, in alcune malattie (malaria, sifilide, tifo) e dopo le trasfusioni di sangue.

Più intelligibili, perché spiegabili talora meccanicamente, sono le ipotesi che si fondano sulle osservazioni fatte da M. Schulse e dopo da Klebs, nel sangue vivente.

K le b s immergeva l'orecchio di un coniglio nell'acqua bollente ed allora questo moriva in seguito alla scottatura, senza che lo stato generale dell'animale ne risentisse alcun nocumento. Se invece l'acqua, in cui era immerso l'orecchio si riscaldava gradatamente, allora notavasi irrequietezza dell'animale, acceleramento della respirazione e dei battiti cardiaci; quando il termometro immesso nell'H₂O segnava una temperatura tra i 70° e 60° insorgevano forti crampi e talora rincragie, e gli animali per lo più morivano. Alla loro sesione trovò K le b s una trombosi capillare della corteccia cerebrale, alla quale egli riferì l'originarsi dei crampi e la causa della morte;

Welti nel 1889 confermò i risultati del suo maestro Klebs e potè osservare l'origine diretta delle piastrine dai corpuscoli rossi del sangue e dimostrare la formasione di trombi nel cervello, nei reni e nello stomaco.

Kōnig osservò, che l'esperimento di Klebs non dimostra altro, che il sangue, passando a traverso l'orecchio riscaldato, non può più fissare l'ossigeno ed essere così adatto alla respirazione: ma questa dedusione non trova neanche nelle manifestazioni cliniche degli scottati alcuna base, perchè questi ultimi non presentano alcun sintoma, che indicasse l'esistenza della fame d'ossigeno, e perchè i disturbi della respirazione possono bene spiegarsi con lo stimolo e con la paralisi del rispettivo centro cerebrale.

Silbermann ritiene avverarsi, per l'occlusione dei capillari polmonari, un considerevole impedimento allo svuotamento del cuore destro, e quindi una stasi venosa accompagnata da una considerevole anemia arteriosa.

La stasi avrebbe per conseguenza emorragie ed alterazioni parenchimatose nei reni, e nel polmone, nello stomaco, nell'intestino e nella milza; ed inoltre l'anemia arteriosa sarebbe causa della dispuea, della cianosi, del coma, della piccolessa del polso, degli stadi eclamptici, dell'anuria e dell'abbassamento della temperatura.

Bisogna confessare, che la spiega, data da

Silbermann, della morte negli scottati, è seducente, perchè essa trova appoggio negli esperimenti, nelle autopsie ed, in parte, anche nei sintomi olinici.

Tuttavia si può dire contro alla ipotesi di Silbermann che, in poche autopsie si è trovato microscopicamente occlusione dei capillari polmonari per opera di piccoli emboli.

v. Lesser ritiene essere la dispuea il sintoma principale, che si osserva negli scottati; questa dispuea, che finisce con la paralisi definitiva dei centri respiratorio e vasale, è determinata dalla distrusione di un numero maggiore o minore di corpuscoli rossi del sangue.

Quando le scottature sono di grado minore, allora si hanno, secondo v. Le sser, altri sintomi: emorragie, anestesia, apatia, affesioni renali, che si originano sempre in seguito all'alterasione sanguigna.

Contro il modo di vedere di v. Lesser si può ripetere, quanto è stato detto nella discussione delle opinioni di Kōn i g, Klebs e Welti,

Hoppe-Seyler ha inoltre obiettato contro la ipotesi di v. Lesser, che questi non ha determinato quanti corpuscoli rossi del sangue fossero rimasti atti alla loro funzione, e quindi non reca alcuna prova irrefragabile a favore della sua teoria.

La teoria della morte rapida in seguito ad estese scottature, che si poggia sulla funzione lesa della pelle, sembra più semplice ed è più accettata anche dalle persone laiche.

Infatti si sa, che la pelle normale ha importanti funzioni nel ricambio materiale del corpo, che essa elimina dal corpo alcuni prodotti per mezzo del sudore e della perspirazione, e quindi ne consegue, che la diminuzione o la sospensione di questa funzione deve avere cattive conseguenze per l'organismo.

L'opinione, che in seguito a scottature di estese regioni della pelle venisse abolita la perspirazione e che l'organismo si caricasse di acido
carbonico è stata già abbattuta da Passavant
e da Kühne, poichè la quantità di acido carbouico, che viene emesso con la respirazione cutanes, è così poca, che facilmente può entrare
in funzione vicariante il polmone od anche la
stessa pelle sana, e del resto Laske witsch,
Senator ed altri, hanno dimostrato, che la
perspirazione insensibile può essere abolita sensa
danno dell'organismo.

Inoltre, nella prova, che l'attività della pelle scottata, fosse completamente abolita, anzi dal più facile assorbimento dei medicinali, che si verifica nella pelle privata della sua epidermide, si dotrebbe ritenere, che la perspirazione fosse aumentata, o se questo non vuole accertarsi, potrebbe ben comprendersi, che la pelle rimasta intatta assumesse la funzione di quella lesa con l'aumento ad es., della secrezione del sudore.

Altri cercano spiegare la morte con l'accumulo nel sangue di certe sostanze, che dovrebbero essere eliminate dalla pelle; così Billroth ri tiene verosimile, che avvenga una ritenzione nel sangue di carbonato di ammoniaca. Questa ipotesi trova appoggio nelle esperienze di Edenbuiz en, il quale in seguito al verniciamento della pelle degli animali, trovò, abbassamento della temperatura, ecchimosi ed iperemie, cicè fatti del tutto analoghi ai reperti anatomo-patologici negl'individui scottati.

Anche Nussbaum e Kaposi sono della opinione, che la morte dipenda dalla ritensione nel sangue di alcuni prodotti del ricambio materiale, i quali non essendo ne noti ne assendone stata dimostrata la presenza, così essi ritengono più verosimile, che la morte avvenga per choc. Catiano ritiene, che la morte abbia luogo per asfissia, per paralisi del centro respiratorio. Winkelmann è venuto recentemente ad ammettere che le diadermane ritenute nel corpo sono assai nocive, esse causano dilatazione vasale ed abbassamento di temperatura ed, in dose elevata, inducono eccitamento ed aumento della temperatura. Ma i sintomi osservati nelle sue esperienze fatte sugli animali verniciati o traumatizzati ed in parte su conigli scottati non autorizzano a questa conclusione.

Ponfick è del parere, che un certo numero di casi acuti a decorso letale, od a decorso fausto ma presentando gravi sintomi, è spiegabile con una rapida ed estesa distrusione dei corpuscoli rossi del sangue e forse, anche con una intossicazione uremica. v. Lesser ritiene costante la comparsa dell'emoglobinuria negli scottati, ma non la crede causa della morte rapida per scottarure.

Fraenkel, viene, dopo un'attento esame istologico, alla conclusione, che negli scottati si hanno gravi alterazioni delle glandule addominali, specialmente del fegato e dei reni, che sono da riguardarsi quali organi di eliminazione dei veleni del corpo; così l'occlusione dei canalicoli urinari con masse di emoglobina ha un grande valore nel determinare l'esito letale.

Lustgarten addebita la causa della morte gisce sul sistema nervoso.

a certe tossine, appartenenti al gruppo della trimethylamina, che prendono origine dalla putrefazione di corpi organici, cioè dalle masse necrotiche cutanee insieme ai batteri della putrefazione.

L'azione è simile a quella della muscarina, alla quale addebita Lustgarten l'insorgere del vomito, dei deliri e la ristrettezza della pupilla. Egli poggia questa sua ipotesi sul buon esito ottenuto dall'impiego delle iniezioni di atropina (5 milligrammi), quando negli scottati insorgono i suddetti gravi sintomi. L'ipotesi di Lustgarte n non regge, perchè spesso, nel breve tempo, che corre dalla lesione alla morte, non si può avere la formazione di tossine, le quali ultime mancano anche, senza dubbio, nei casi di morte immediata alla lesione.

Tschmarke quindi, in base alle osservazioni fatte al letto degli scottati, riferisce il vomito e la comparsa di deliri, di restrizione della pupilla, del coma ecc. ad uno stimolo dei corrispondenti centri del cervello, stimolo che può essere prodotto da una semplice iperemia venosa o dalla povertà in ossigeno.

Wladislau e Reissaddebitano la rapida morte, che avviene in seguito a scottature, allo sviluppo di gas, provenienti dalla combustione delle scetanze organiche, i quali hanno certe proprietà tossiche e vengono assorbiti, in quantità relativamente considerevole, dalla pelle scottata e dai polmoni.

Altri autori spiegano la morte nei casi di scottature con una lesione del sistema nervoso. Syedel è dell'opinione, che nei casi acutissimi si muoia per uno choc generale e nei casi, in cui la morte avviene più tardi, quest'ultima è da attribuirsi ad una lesione diretta, allo sfacelo del sangue con le sue conseguenze. Du pu y tren dice, che in questi casi avviene «une mort par exoès de douleur», il chè non è però una spiega.

Sonnenburg conclude dalle sue ricerche, che la morte avviene per riscaldamento eccessivo del sangue e consecutiva paralisi cardiaca, o perchè i fenomeni caratteristici di collasso, che offrono gli scottati, sono l'effetto di uno stimolo esagerato sul sistema nervoso centrale, che causa, in via ilflessa, un abbassamento del tono vasale.

Questa teoria è stata attaccata specialmente da v. Lesser, ma sensa valide ragioni. Thiele, Seydel e Fraenkel ritengono, come Sonnenburg, che l'abbesamento del tono vasale dipenda da uno stimolo esagerato, che agisce sul sistema nervoso. Tschmarke trovò infine nel sangue degli scottati, dei batteri (streptococchi, bat. pyocyaneus ecc.), il che costituisce un reperto, sinora non additato da alcuno, in guisa che, insieme alle altre teorie che spiegano la morte rapida in seguito a scottature, potrebbe aggiungersi anche quella di sepsi.

Terapeuticamente molti rimedi sono stati proposti e poi abbandonati.

Anzitutto bisogna diminuire l'intenso delore che soffrono gli scottati, poi cercare di ottenere una rapida cicatrizzazione della superficie cutanea scottata ed infine impedire l'infesione della ferita.

Gli antichi metodi di cura (unguento di Stahl, olio, medicature umide, ecc.) tendevano soltanto a lenire il dolore ed a far cicatrizzare la ferita, e poco badavano all'asepsi di quest'ultima. Oggi invece tutte le cure hanno principalmente lo scopo di impedire l'infesione, la quale è da temere specialmente nelle scottature di secondo grado, in cui sigha la formazione di vesciche, che, rompendosi, offrono una porta comoda di entrata ai batterf.

Oggidi si tratta ogni scottatura come una ferita recente; si lava prima con acqua e sapone la pelle circondante la regione scottata, poi con acqua sterilizzata ed, infine, con una soluzione acquesa di sublimato al 0,5°[co o meglio di acido borico al 8°[ci si aprono le veschichette, si asportano i brandelli epidermoidali e si ricopre la superficie scottata con garza all'jodoformio. Nelle scottature della faccia è buono l'impiego della polvere di bismuto, poichè le croste che si formano, costituiscono uno strato protettivo, sotto il quale la cicatrizzazione avviene rapidamente.

La medicatura asettica si lascia sino a tanto che gli strati esterni siano imbevuti di secreto; allora si tolgono questi ultimi lasciando al suo posto lo strato di garza all'iodoformio, sul quale si rimettono nuovi strati di medicatura asettica. Lo scopo per cui non si toglie la garza all'jodoformio, è per evitare dolori e piccole emorragie, che ritarderebbero di molto la guarigione. Se però per una ragione qualunque è necessario di togliere anche lo strato di garza all'jodoformio, allora è bene eseguire ciò ponendo la regione scottata nel bagno, per evitare dolori all'ammalato.

Questo metodo curativo adoperato da Tschmarke ha dato buoni risultati, e del resto il trattamento asettico delle scottature è stato impiegato in maniera simile da altri.

Cosi Mosetig-Moorhofe Schiff hanno raccomandato di coprire le ferite da scottatura con garsa all'iodoformio e ne banno vantato l'asione sedativa. Demme e Haas hanno sostituito l'aristolo all'jodoformio, v. Bardeleben e Osthoff impiegano il sottonitrato di bismuto, Nageotte raccomanda l'jodofermio, il thiol o l'ichtyol. I suddetti autori impiegano tali mezzi dopo avere aperte le vescichette; invece Bidder ritiene essere un errore grossolano lo arrire prima le veschichette. Si e b el consiglia di pungere prima le vesciche e poi di cospargere la superficie scottata con eurofene in polyere o sotto forma di unguento. Rottenberg raccomanda di far passare attraverso le vescichette un filo di seta al sublimato e di ungere poi con una pomata di jodoformio (vaselina gr. 80, jodoformio gr. 3) Filleul e Papazoglou hanno ottenuto buoni risultati imbevendo la medicatura con una soluzione al 0,60 la di acido picrico. Nitssche propone di inverniciare le scottature con colla di falegname per impedire l'accesso all'aria! Fuller ha dato un metodo lungo: dopo un bagno caldo si lavano i punti scottati con una soluzione di timold all' 10 le e poi si sottopongono parecchi minuti ad una polverissazione con timol, quindi si coprono con olio di timol mediante un pennello. Wendè propone contro il dolore una pomata di cocaina al 4ºlo e Dubois, allo stesso scopo, raccomanda di fare irrigazioni con acqua di Selter. Nikolski porta sulle vescichette aperte con un pennello la soluzione seguente: asido tannico 10,0; alcool 10,0; etere solforico 80,0. Fato e Catabelli vantano l'impiego di una pomata di salolo al 8º [o ; che agisce calmando i dolori e impedendo l'infiammazione.

Finalmente Rydygier consiglia l'escisione dell'escara e la sutura dei margini della pelle per evitare la ritensione del pus e la piemia.

Il metodo curativo di Tschmarke dà eccellenti risultati, che sono stati anche confermati da Rhein ed ha il vantaggio di una medicatura semplice e meno costosa, poichè raramente si è costretti a cambiare la medicazione.

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

LABCRATORIO NEUROPATOLOGICO DEL R. MANICOMIO DI TO-RINO(dott. C.M A R TI N O T TI.)—CONTRIBUTO SPE-RIMENTALE ALLO STUDIO DELLA PATOLO-GIA DEL TESSUTO MUSCOLARE, nota prima del dott. Francesco Burzio.

Alterazioni indotto per mezzo di avvolenamento nella fibra mascolare striata degli animali giovani.

Il tessuto muscolare occupa, per estensione, la parte più importante fra i tessuti dell' organismo; possiede un apparato circolatorio ricchissisimo; i processi di nutrizione e di ricambio materiale vi si compiono con un' intensità affatta particolare, di guisa che molto facilmente vi si debbono riflettere tutte le alterazioni anche leggiere del ricambio, tutte le condizioni patologiche generali dell'organismo. Ogni volta che il muscolo lavora, consuma della sua propria sostanza e, perchè si mantenga l'equilibrio materiale, ad un dato grado di attività funzionale, deve corrispondere un certo grado di attività nutritiva. Quando si ha un difetto di nutrizione generale, il muscolo, che lavorando continua a consumare se stesso, non trova nel pabulum nutritizio la materia necessaria alla sua ricostituzione, si altera e si riassorbe come gli alimenti di risparmio, i grassi raccolti nel tessuto connettivo.

Son note le alterazioni che avvengono nella sostanza contrattile in seguito all'inanizione (1); così non ho bisogno di ricordare quelle cansecutive a malattie infettive, acute e croniche (tifo, tetano, tubercolosi ecc.) (2) ed a speciali avvelenamenti, come quelli dati dall'ergotina.

Certamente studi accurati al riguardo potrebbero condurre a buoni risultati; ma, per ora, lo scopo della presente pubblicazione è di far note alcune particolarità che si riscontrano nei muscoli di animali molto giovani sottoposti ad alcune specie di avvelenamento.

Il dottor Martinotti mi aveva affidato l'incarico di studiare entro quali limiti si presentasse la reazione del grasso coll'acido osmico nei muscoli dei conigli e cani molto giovani, e di farne un contronto con identici animali sottoposti ad avvelenamento da canfora. Ciò posto,

(1) Gag li o. Sulle alterazioni istologiche e funzionali dei muscoli durante l'inanizione. «Archivio per

le sciense mediche», VII, 1884.

diveniva pur necessario fare un confronto con animali adulti trattati nello stesso modo, affine di scrutare viemmeglio i fatti ch' io stava studiando.

È risaputo come negli animali lattanti avvenga facilmente un accumulo di grasso in alcuni organi come per esempio nel fegato, e nei primi giorni di vita nelle fibre muscolari, specialmente del cane, è pur facile il riscontrare lungo le fibrille goccioline di grasso. Queste però scompaiono dopo un certo periodo, ed all'epoca in cui io sottoponeva l'animale ad esperienza mi sono sempre assicurato, con un animale di confronto, fino a qual punto fosse rappresentato il grasso fisiologico fra le fibrille muscolari.

L'avvelenamento dell' animale si otteneva per iniezione ipodermica se coniglio, pel canal digerente, se cane; il veicolo più comune della canfora era l'olio, per i vantaggi che presenta di facile assorbimento e nessun'azione locale nel punto d' iniezione. Ma per evitare un'obbiezione che facilmente potrebbe farsi riguardo all' assorbimento di sostanze grasse, l' impiego della canfora non veniva sempre fatto unicamente sotto forma d'olio canforato, ma eziandio coll' alcool; inoltre i reperti dell' esame microscopico venivano cenfrontati con quelli corrispondenti ad animali iniettati con uguali quantità di olio puro.

Tale obbiezione però, per quanto sia da tenersi in dovuto conto, pur tuttavia non mi preoccupava molto, sia per la piccola quantità di olio impiegato, sia perche in molti animali adulti, avvelenati con abbondanti quantità di olio canforato e per tempo lunghissimo, non era possibile riscontrare accumulo di sostanze grasse nel tessuto muscolare.

Ho dunque così trattato alcuni piccoli conigli del peso di 110-150 grammi, per otto, dieci giorni, iniettando nei primi giorni ⁴/₄ di siringa Pravaz di una soluzione d'olio canforato al 10 °_{[o} e poi una siringa ed, in ultimo, due siringhe al giorno. Dopo otto, dieci giorni di tale trattamento, gli animali morivano con segni di marasma generale.

Ad alcuni cagnolini dell' età inferiore ad un mese ho pure introdotto, con una piccola sonda, nello stomaco alcuni cmc. di una tale soluzione ogni giorno per una serie di dieci giorni.

Quando moriva l'animale, alcuni pezzetti di muscolo venivano portati in una soluzione di acido osmico all'1 °[o e poi lavati in acqua distillata e dilacerati in glicerina dopo 12 24-48 ore; altri, dopo aver subita l'azione dell'acido osmico per

⁽²⁾ M. Kippel.Les amyotrophies dans les maladies générales etoniques, 1889 ed opere ivi citate.

uno o più giorni, venivano conservati in liquido del Müller diluito con acqua distillata, lavati e poi dilacerati in glicerina.

All'esame microscopico delle singole fibre facilmente risaltava all'occhio una quantità di goccioline nere che mancavano quasi affatto nelle preparazioni di confronto, e ciò tanto nel tessuto muscolare del coniglio quanto in quello del cane-

Le fibre muscolari del cane si presentavano anche più abbondantemente alterate, e tanto lo esame di queste, come quello delle fibre di coniglio conservate in liquido del Müller, dopo l'azione dell'acido cemico (che mi fornirono i preparati più chiari ed eleganti) mi pose in grado di meglio stabilire tutte le modalità di forma e di disposizione delle goccioline di grasso. Il loro volume è quasi uniforme: si rilevano già con ingrandimento di 480 diametri (Luiz. Oc. 8 obb. 7); la loro forma è quasi perfettamente sferica, varia il loro numero nelle diverse fibre d'un medesimo muscolo e nei diversi muscoli del medesimo soggetto, essendo assai maggiore nel miocardio che nell'apparato muscolare scheletrico, e decrescendo in ragione inversa coll'età; la loro disposizione dove son molto numerose è a rosario; son sempre distribuite lungo l'asse longitudicale della fibra in diverse serie interposte fra fibrilla e fibrilla, in modo da presentarsi come vere alterazioni di diverse fibrille intercalate a fibrille di aspetto normale.

Talora è questa l'unica alterazione rilevabile; altre volte invece si osservano insieme alterazioni della striatura trasversale, uno spiccato assottigliamento delle fibre, talora nel medesimo campo del microscopio appaiono, fra molte fibre di aspetto normale, alcune altre cariche di goccioline adipose; altre volte invece queste si alternano con altre atrofiche ed in via di riassorbimento o diversamente alterate.

Ora il fatto più importante che vien messo in chiaro da questi esperimenti, e di cui noi dobbiamo spiegarci l'origine, si è la presensa di queste goccioline adipose nel tessuto muscolare striato.

Esperimenti praticati dal Bauer (1) e da altri, su animali, i quali dopo essere stati affatto privati di grasso da prolungato digiuno veniva no sottoposti ad avvelenamento da fosforo e da

altre sostanse, dimostrarono da un lato presensa di grasso specialmente nel fegato, nei reni e nel sistema muscolare e, dall'altra, una esagerata decomposizione dell'albumina ed una diminusione del consumo d'ossigeno e della decomposizione del grasso; si aveva una ritenzione di grasso derivato dalla scomposizione degli albuminoidi, e pare perciò che si trattasse di vera degenerazione anzichè d'infiltrazione.

Perciò, per analogia, io sono d'avviso che come degenerazione debba pure interpretarsi la presenza di grasso nei muscoli degli animali in esperimento, prodotto dall'avvelenamento con la canfora; e per quanto io mi sia proposto di non oltrepassare i limiti stabiliti nel presente lavoro, posso però aggiungere che alcune osservazioni mi dimostrarono presenza pure di grasso nei parenchimi di altri organi dei medesimi animali

Altri animali della medesima specie, ma adulti, venivano nello stesso modo avvelenati e con intensità relativamente identica: eppure all'esame microscopico punto o poco grasso si rivelava nel loro tessato muscolare.

Ora, come spiegare il fatto per cui la quantità del grasso nei muscoli degli animali sottoposti ad esperimento è tanto maggiore e tanto più precoce ne è la formazione, quanto più sono giovani?

La causa parmi debba cercarsi in una minor resistenza dei parenchimi giovani, per cui, sotto l'asione di alcune sostanze, più facilmente vengano ad alterarsi.

Questo modo di vedere avrebbe anche il vantaggio di spiegare e di rendere più facilmente comprensibile il fatto della minor resistenza degli organismi giovani agli avvelenamenti in genere ed alle infezioni.

Questo concetto è pure appoggiato ad alcuni reperti che risultano dallo studio anatomo-patolog'co delle anemie perniciose infantili da cause ignote, in cui si trova negli organi una generale e profonda degenerazione grassa che oltrepassa anche di molto i gradi di degenerazione grassa che si sogliono osservare negli adulti.

Così si verrebbe pure ad avere una spiegazione soddisfacente della così poca tolleranza che hanno i bambini e le persone giovani in genere per la fatica ed in modo speciale per i lavori in ambienti ove si è sottoposti ad intossicazioni, da rendere necessari provvedimenti legislativi in proposito.

Come dissi, io mi sono ora limitato al tessuto muscolare; ma certamente, estendendo queste ri-

⁽¹⁾ Der stoffumeats bei der Phosphorvergiftung. Zeitschrift. f. Biologie 1871, Bd. VII, p. 68. Veggasi pure: Ueber die Eiweisssersetsung bei Phosphowergiftung. Jov. 1878, Bd. XIV, p. 527.

cerche anche ad altri tessuti e specialmente al cistema nervoso, si getterebbe molta luce su tanti cunti ancora oscuri della patologia infantile, specialmente sulle alterazioni nervose e mentali del primo periodo della vita.

Agosto 1896.

LE CLINICHE FRANCESI

Ospedale di Aix-les-Bains (dott. Forestier)

Su di un caso non comune di pachimeningite cervicale ipetrofica

L'infermo, che ho il piacere di presentarvi, è doppiamente interessante: in primo luogo perchè la malattia di cui è affetto non è comune, in secondo perchè io ho avuto l'opportunità di seguirne il decorso per sette anni.

Claudio, Rich. di 40 anni, abitante a Lione, impiegato alla polizia municipale.

Antesedenti ereditari: Paralisi facciale con tic convulsivi il padre. Una sorella aveva avuto convulsioni all'età di 2 anni 1₁2, poi divenne epilettica. Un fratello in buona salute.

Il nostro infermo asserisce di avere avuto convulsioni all'età di 8 anni 1₁2. Nel 1870 fece il soldato, si espose a cause reumatizzanti, dormendo spessimo a terra. Dopo la guerra ritorno a fare il contadino; dopo di fuochista nelle ferrovie, nel 1881, entrò al servizio della polizia municipale di Lione. In aprile 1884 si espose al freddo dovendo inseguire un ladro, dopo tre o quattro giorni fu colto da dolori alle spalle, poi alla nuca, di li si propagarono alle braccia, specie a sinistra, e al torace, dolori a trafitture, che si esageravano la notte; la tosse, gli sforsi di defecazione, i movimenti delle braccia, l'aumentavano. Durò in questo stato più di un mese.

Lo stesso anno (1887) in settembre si riprodussero gli stessi fenomeni, a volte meno acuti; si decise ad entrare all'ospedale, fu sottoposto ad una cura di antipirina che calmò i dolori, e docce calde. Fu dimesso dopo 10 giorni.

In ottobre ritorno nuovamente; i dolori venivano ad intervalli di 20 giorni circa; in dicembre 1888 l'avambraccio sinistro e la mano cominciarono a dimagrire; a partire dal dicembre 1889 lo stato dell'infermità restò stasionario, l'impotenza dell'arto superiore sinistro era in principio poco completa, gli accessi dolorosi furono meno frequenti; Nell'esame obbiettivo, fatto in giugno 1890, si notava: stato generale buono, statura media, l'infermo si lagna della impotenza motrice del braccio sinistro e dei dolori.

Denudato l'ammalato, due cose richiamano l'attenzione: il dimagramento della parte interna dell'avambraccio sinistro e l'abbassanto della spalla destra.

L'avambraccio sinistro e la mano hanno la pelle violacea e fredda; l'atrofia attacca i muscoli epitrocleari, alla mano l'eminensa ipotenare, gli spasi interoseci palmari e dorsali sono smagritissimi, l'eminensa tenare resta normale; la mano offre i'attitudine della cosidetta mano da predicatore.

La sensibilitá outanea è generalmente indebolita (tattile, algesica, termica) nel margine interno dello avambraccio; nella faccia dorsale della mano, nella palmare e nel 8º 4º 5º dito parsialmente.

I tronchi nervosi non sono sensibili alla pressione.

Possibili tutti i movimenti, a destra, nell'arto superiore; a sinistra conservati la supinazione e l'estenzione; aboliti: la fiessione delle dita, i movimenti degli interossei.

Alla corrente galvanica: niente inversione della formula, semplice indebolimento della reasione faradica e galvanica, reasione degenerativa parsiele.

L'abbassamento della spalla destra è manifesto; il lato destro dal torace sembra infossato, il segmento cervico-dorsale della colonna vertebrale un pò incurvato a destra, i muscoli dorso-lombari sono sensibilmente atrofici. Esistono punti dolorosi a livello della 5^a, 6^a, 7^a, 8^a vertebra dorsale, esistono disturbi della sensibilità cutanea alla regione della spalla sinistra, in una sona abbastanza limitata.

Riflessi patellari: normali a destra, esagerati a sinistra; l'olecranico esiste ai due lati; l'oculare normale in entrambi i lati; normale la visione, la funsione vescicale e intestinale.

Nulla ai polmoni, al cuore, ai reni, ecc. niente sifilide o alcoolismo.

Questo era lo stato dello infermo, la prima volta che fu esaminato.

Fu sottomesso alla cura della docce e al massaggio locale e generale, per 25 giorni circa.

All' uscita dall' ospedale, la flessione delle dita si compiva meglio.

Un anno dopo, 1891, l'infermo ritornò all'ospedale: la miglioria era notevole, le mani meno atrofiche, la pelle ha ripreso il suo espetto nermale, la flessione delle dita si compie con una certa forza, l'estensione è normale, il pollice si può oppore, il riflesso rotuleo sinistro meno esagerato.

Lo stesso metodo curativo del 1890.

Nel 1896, cinque anni dopo, io ho riveduto l'infermo all'ospedale di Aix; mi riferi che la sua miglioria è durata fino al 1896. Dopo quest'epoca, ha ricominciato a soffrire di dolori più o meno continui al braccio sinistro, alla gamba e al ginocchio dello stesso lato, la notte specialmente; i dolori del ginocchio scompaiono nella giornata, dopo aver camminato.

L'avambraccio ha continuato a smagrire, però sensa dolori vivi:

Nel 1895, durante l'inverno, dopo di esser rimasto un'ora e messa sull'imperiale di un tramway, esposto al freddo, provò una grande difficoltà a discendere, avverti una debolessa alla gamba sinistra, che durò più giorni, dopo potè riprendere il suo servisio, ma sempre debole, strascinava la gamba sinistra, o doveva fare uso di un bastone.

In gennaio 1896, l'infermo s'accorse che la gamba destra dimagriva, e in giugno, che il lato sinistro del torace subiva la stessa sorte.

Lo stato dell'ammalato in settembre 1896 era il seguente:

L'arto inferiore sinistro è atrofico, l'atrofia è ripartita ugualmente in tutti i gruppi musco-lari della coscia e della gamba; al torace il gran pettorale è atrofico, l'atrofia della parte interna dello avambraccio è estrema, l'attitudine della mano di predicatore è più pronunsiata. I dolori esistono ancora attenuati, sensa esagerazione periodica, ma continui, localizzati a preferenza al ginocchio sinistro, qualche volta al collo del piede, con i caratteri lancinanti. I riflessi patellari sono esagerati simi, specie a sinistra.

L'esplorazione della colonna vertebrale non mostra nessun punto doloroso, percussione delle vertebre indolente; il cammino è penoso, la gamba sizistra è trascinata.

Fenomeni oculo-pupillari leggerissimi : ineguaglianza delle pupille, midriasi leggiera a sinistra.

Furono riprese le docce e il massaggio.

In dicembre 1896 ho riveduto per la quarta volta l'ammalato; ho constatato che i fenomeni oculo-pupillari sono assai manifesti, vi è miosi a sinistra, infossamento del globo oculare e rimpicciolimento della rima palpebrale. I riflessi luminosi e di accomodazione sono conservati a destra, aboliti a sinistra.

Ecco una affezione svoltasi dopo 10 anni circa, con decorso lentamente progressivo.

Primo periodo di due anni, caratterizzato solamente da fenomeni dolorosi; secondo periodo contrassegnato dalla apparizione dell'atrofia muscolare e dai disturbi della sensibilità; terso periodo: di miglioramento; quarto periodo: aggravamento progressivo negli ultimi tre anni

Quale è l'infermità che ha afflitto il nostro soggetto?

Per stabilire una diagnosi, bisogna in primo luogo analizzare la sintomatologia, e cercar in seguito di interpetrarla.

Due fatti predominano nella storia: i fenomeni dolorosi ed i disturbi trofici; i due primi anni costituiscono tutto un periodo doloroso, dopo il terso anno questi si attenuano; all'inizio i dolori, le pseudo-nevralgie, hanno sede, come dice l'infermo, fra le due spalle, irradiantisi verso gli arti superiori e la parete del torace, accompagnati da punti dolorosi a livello della 5°, 6°, 7° verterbra dorsale e da una certa difficoltà nei movimenti del tronco e del collo. Ecco caratteri che autorissano a credere, che questi dolori hanno avuto per focolaio la regione cervico-dorsale della rachide, cioè le origini del plesso brachiale.

I dolori del periodo presente, localizzati apecialmente all'arto inferiore sinistro, al ginocchio, sono causati dallo stato spasmodico.

Più che i fenomeni dolorosi, i disturbi trofici cutanei e muscolari, e specialmente i disturbi della sensibilità rischiarano la topografia della lesione.

La pelle dello avambraccio presenta cianosi, la sua sensibilità è abolita, in quel territorio speciale, che è stato detto avanti; ora, questa distribuzione dell'anestesia, ci fa rigettare l'idea di una lesione periferica nervosa, però come non è possibile l'ammettere una lesione periferica, non si può spiegare la forma morbosa con una lesione, collocata a livello delle radici del 7º e 8º paio cervicale.

La spiegazione è più possibile richiamando alla mente le ricerche di Star sulla topografia dei campi radicolari sensitivi; io sono d'avviso che la sensibilità del nostro infermo corrispondeva al territorio della ottava radice cervicale e della prima dorsale.

La concordanza della sona d'anestesia, con il campo di distribusione di queste radici, permette di conchiudere logicamente, che la lesione risiede a livello di queste, e non al plesso brachiale nè alla periferia.

Le atrofie muscolari hanno una distribuzione particolare: all'avambraccio sinistro, l'amiotrofia occupa il dominio del cubitale principalmente, e del mediano parsialmente.

In assensa di disturbi nevrotici sistematici, bisogna dunque ammettere che la lesione irritativa non risiede alla periferia di questi nervi, ma a livello delle radici donde sortono i loro filetti constitutivi, cioè a livello del 7° e 8° paio cervicale, e del 1º dorsale.

L'atrofia del gran pettorale a sinistra, quella del trapezio a destra, deve, per la stessa ragione, corrispondere alla lesione del 6º paio e del 4º cervicale.

Può trattarsi di una atrofia mielopatica? Veramente no, perchè non vi è simmetria nelle atrofie, come nella massima parte delle affesioni midollari.

L'amiotrofia dell'arto inferiore sinistro, la sua ripartizione uniforme a tutti i gruppi muscolari, la coesistenza con uno stato spastico nettissimo, indicano che essa ha una causa differente dell'atrofia dell'avambraccio, questa causa è probabilmente l'irritasione del fascio piramidale, consecutiva alla lesione principale.

Dalla topografia dei disturbi della sensibilità e delle atrofie muscolari, si può conchiudere che nell'ammalato v'è una lesione, localizzata a livello delle radici sensitive e motrici, cioè dei tronchi radiculari dei quattro uitimie pai cervicali e dei tre primi dorsali, s'estende a sinistra della midolla dal 5º paio cervicale al 4º dorsale, a destra è limitatissima (4º paio cervicale, 8º e 4º dorsale); la compressione, esistente a sinistra, si esistende anche sul cordone antero-laterale e sul fascio piramidale, da cui lo stato spastico dell'arto inferiore sinistro.

Un fatto interessante viene a confermare queste ipotesi: l'esistenza dei disturbi oculo-pupillari dell'occhio sinistro; si sa che questi disturbi del simpatico cervicale corrispondono alle eccitazioni dei filetti anastomotici dei primi nervi dorsalie Co:ì, esaminando la sintomatologia presentata dall'ammalato, siamo giunti a fare la diagnosi di sede della lesione.

Qual' è la sua natura? male di Pott, reumatismo vertebrale, siringomielia, pachimeningite cervicale ipertrofica?

Una mal di Pott con pachimeningite caseosa, vori più antichi, come quelli del Broca (1762) come l'ha descritto Charcot, può realissare in e di Lee (1865), che gli altri recentissimi del Bru-

un dato momento, la sintomatologia, osservata nel nostro ammalato; però molte considerazioni fanno rigettare questa ipotesi: non considerando l'età del soggetto, vi è molta lentessa nella evoluzione del processo morboso; a capo di 10 anni la colonna cervicale è ancora sana; l'assensa di dolori spontanei, di dolori provocati, attestano l'integrità vertebrale.

Il reumatismo cronico vertebrale può henissimo determinare un insieme sintomatico, uguale a quello presentato dall'infermo; però l'intensità dei fenomeni nervosi, delle pseudo-nevralgie, la loro localizzazione esclusiva, l'assenza delle artropatie, diminuiscono la probabilità del reumatismo.

Resta a discutere la possibilità della pachimeningite cervicale ipertrofica, e la siringomielia cervicale. Sotto certi punti di vista la diagnosi differenziale è difficile; la topografia dei disturbi, trofici, si può riferire benissimo tanto all'una che all'altra lesione spinale, i disturbi oculo-palpebrali, orma bene ha sostenuto De jerine, sono un sintoma costante della siringomielia cervicale, l'esagerazione dei riflessi anche, l'asimmetria delle atrofie muscolari può riferirsi ad una localissasione a preferenza a sinistra del glioma spinale.

Però, tenendo conto della evoluzione dei fenomeni dolorosi nel nostro soggotto, della loro etiologia, della loro intensità, della loro predominanza durante il periodo iniziale, si è indotti ad ammettere piuttosto l'esistenza di una pachimeningite cervicale, perchè il dolore è una manifestazione poco importante nella siringomielia.

La miglioria ottenuta per tre o quattro anni, la regressione dei disturbi trofici, in una parola, la curabilità della affesione, è un'altra presupposizione a favore della pachimeningite. Se a tutte queste considerazioni si aggiunge il fatto capitale, l'assenza della dissociazione della sensibilità, la diagnosi di pachimengite cervicale ipertrofica diventa assai sicura. (Lyon medicat, n. 4, 1897).

Pollaci

PRATICA CHIRURGICA

Sulla tesnica della sutura dei vasi sanguigni. G. B. Murphy. — L'autore si occupa minutamente in questo lavoro di varie questioni importanti, relative alla sutura delle arterie e delle vene.

Comincia prima di tutto a svolgere la letteratura di quest'argomento, considerando, sia i lavori p'ù antichi, come quelli del Broca (1762) e di Lee (1865), che gli altri recentissimi del Bruci, del Tansini, dell' Heidenhain, di Sabanyeff etc.

In tutti questi lavori non si fa però mensione di sutura delle arterie completamente divise; allo scopo di vedere se anche in questi casi fosse possibile la sutura, l'autore fece parecchie esperienze. Da una parte egli studiò il modo di comportarsi delle pareti arteriose e venose, in cui venivano suturate delle ferite longitudinali e trasversali di varia grandessa; d'altro canto suturò arterie completamente divise.

Fece le sue esperienze sulla carotide, sulla femorale, sulla aorta addominale, sulla vena giugulare di grossi cani.

Nei casi, in cui i vasi erano separati, li univa invaginandoli fra di loro e cucendo le relative pareti.

In molti casi, ebbe la completa adesione dei vasi pur restando pervio il loro canale.

L'autore, oltre delle sue ricerche, espone la tecnica della sutura dei vasi e le indicazioni, in cui cesa deve venir fatta.

I punti inportanti, che nella tecnica debbono essere considerati sono i seguenti:

- 1° Asepsi complete;
- 2º isolamento del vaso, in modo che venga leso quanto meno è possibile;
- 8º temporanea soppressione della corrente sanguigna;
- 4º controllo del vase, mentre si applica la sutura:
 - 5º accurato avvicinamento delle pareti;
- 6º perfetta emostasia per compressione dopo che sono tolte le pinze che chiudono i vasi;

7º toilette del campo operatorio.

Alcani di questi precetti meritano una speciale considerazione.

Per interrompere temporaneamente la corrente sanguigna, il migliore strumento, da adoperarsi, è rappresentato dalle pinze sottili degli oculisti, le quali non lacerano per nulla la intima.

Per unire le pareti dei vasi, si adoperano gli aghi degli oculisti, per la sutura è preferibile la seta attorcigliata.

Nel suturare le aperture laterali dei vasi, si deve cercare di suturare soltanto le tuniche avventisia e media, conservando l'intima, come consiglia Iassnowsky.

I punti di sutura debbono essere inseriti ogni sedicesimo ad ogni ventesimo di pollice.

Specialmente quando la lesione di un vaso, è piuttosto estesa, conviene inserire il primo punto

nel messo della incisione e poi uno per ogni estremo.

D.po che i punti di sutura sono stati inseriti, vien tolta le compressione fatta colle pinze.

Se ha luogo qualche emorragia da questi punti, si cerca di farla cessare per messo della compressione digitale da uno a tre minuti.

Quando più di metà del vaso è reciso l'autore consiglia invece di suturare i margini della ferita, di resecare addirittura la parte lesa e di unire le due estremità per invaginazione.

Per facilitare la invaginazione, conviene fare una piccola incisione, parallela al grande asse del vaso.

In linea generale la sutura dei vasi è indicata soltanto nei casi, in cui, per la loro obliterazione, si determinerebbe una necrosi od una diminusione di vitalità nella parte irrorata dal vase.

Negli altri casi si ricorre al metodo più somplice della legatura.

- Le indicasioni speciali per la sutura vasale sono:
- 1º Lesioni di grossi vasi durante un'operazione;
- 2º lesioni di grossi vasi per una ferita, per una puntura, etc.
 - 8º Ansurismi dissecanti e traumatici;
- 4º Aneurismi fusiformi, sacciformi ed arteriovenosi.

Nella prima classe di casi, cioè nelle lesioni durante un'operazione, se quelle si estendono per meno di due tersi della circonferenza, deve farsi subito la sutura.

Se la lesione si estende di più, si divide intieramente il vaso e si uniscono le due estremità per invaginazione.

In questo caso si faccia speciale attenzione a che le suture invaginanti non penetrino nella tunica intima della porsione invaginata e che le suture esterne prima siano inserite nella porzione invaginata parallelamente all'asse longitudinale del vase e poi nella estremità che deve ricoprirla.

Con questo metodo, la circonferenza dell'arteria non è diminuita come quando la sutura è inserita trasversalmente all'asse dell'arteria.

Nella seconda classe, la tecnica è la stessa di quella che precedentemente è stata esposta.

La tersa classe di casi, costituita dagli aneurismi traumatici di vecchia data rappresenta la migliore varietà per la sutura arteriosa.

L'apertura dell'arteria è ordinariamente piccola, la sua parete è sana; può inoltre essere impiegata una porzione sufficientemente grande di sacco ancurismatico per rendere più salda la unione, Il sacco ancurismatico viene aperto e distaccato dalla prete arteriosa, la cui apertura viene al solito suturata.

Nella quarta classe di casi si asporta l'aneurisms, cucendo, fra di loro, le due estremità (*Medical Record*, 16 gennaio 1897).

Greco

IGIENE PUBBLICA

El finger.—Mentre le conoscenze cliniche che si avevano sulla blenorragia maschile prima della socperta del gonococco vennero confermate e completate da questa scoperta, le dottrine cliniche che dominavano sulla blenorragia della donna sono state nei nostri tempi profondamente scosse ed addirittura riedificate su nuova base. Secondo l'antica dottrina della blenorragia della donna, la malattia aveva la sua sede principale mella vegina e le varie forme, acute e croniche, dell'infiammazione erano considerate come la sorgente principale dell'infesione dell'uomo.

L'uretrite bienorragica della donna era rimeruta come una localizzazione relativamente rara della infezione. Si ammetteva inoltre che la bienorragia della donna non era l'unica causa della bienorragia dell'uomo, perchè si era visto spesso che una donna, da cui l'uomo aveva preso un'uletrite acuta, non ha alcun segno di bienorragia.

Queste idee hanno subito oggidi notevoli modificazioni.

La vaginite che finora era riguardata come il prototipo della gonorrea feminile, è stata quasi completamente cancellata dal quadro delle affezioni blenorragiche, perchè è rarissima e poi è sempre secondaria a ritenzione di secreto gonorroico proveniente dall'utero, analogamente al modo come si manifesta la balanite in alcuni uomini che hanno il prepusio molto lungo. La sede prediletta della gonorrea oggi si riconosce essere in prima linea l'uretra, in seconda linea il collo dell'utero, in tersa le ghiandole di Bartholin. Infine l'ipotesi sostenuta dagli antichi autori, che la gonorrea possa avere un'origine quasi spontanea, è stata abbattuta dalla scoperta del gonococco, ed è un fatto oramai certo, che, se un uomo è contagiato da una donna di uretrite gonococchica tipica, la donna deve avere nei suoi genitali un'affezione bleporragica gonococchica. E ciò

che gli antichi clinici avevano osservato, cioè che spesso una tale donna ad un'esame accurato si dimostrava perfettamente sana, può benissimo essere esatto; soltanto è erronea la conclusione che se ne traeva, perchè una donna può albergare nei suoi genitali il gonococco e non avere alcun sintoma clinico di blenorragia. Questo fatto è di una grande importanza nella profilassi dalla gonorrea. E dall'altra parte possono esserci i fenomeni clinici della gonorrea, senza che si tratti di una gonorrea gonococchica, bensì di gonorrea dipendente da altra causa.

Dimodochè i sintomi clinici possono mancare e trattarsi di gonorrea, possono esistere e non trattarsi di gonorrea gonococchica.

La conseguenza pratica di tutto ciò, è: che in luogo dell'esame clinico che ordinariamente vien fatto nelle prostitute, è necessario fare la ricerca dei gonococchi nel secreto degli organi genitali (Wiener Kliniche Wochenschrift, n. 8, 1897).

De Granie

NOTIZIE

Il monumento a Pastour

La sottoscrizione fatta per la erezione di un monumento a Paste ur in una delle piazze di Parigi, ascende a lire 250,000.

L'essecusione della statua sarà afficiata a Paolo Du bois, e molto probabilmente si collocherà dinansi il giardino del Luxembourg.

il Congresse medice tedesce

Il 69º Congresso dei Naturalisti e medici tedeschi avra luogo, dal 20 al 85 settembre di quest'anno, in. Braunsschweig, nei locali della scuola tecnica superiore

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

SOMMARIO. - 1. Riviste sintetiche. Le francsi della vecchiaia. - 2. Lavori originali. Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma diretta dal prof. Campans. Sulla patogenesi e diagnosi dei sifilodermi. Un caso di noma da sifilide. - 8. Le Cliniche francesi. Ospedale dei bambini di Parigi (prof. Marfan). Sulle cirrosi epatiche dei bambini.-4. Pratica sifilografica. — 5. Note di pediatria. — 6. Spoglio dei periodici.

RIVISTE SINTETICHE

Le frenosi della vecchiaia

I frenologi di tutti i tempi, hanno rivolto principalmente la loro attenzione, a quelle malattie mentali, che si sviluppano nell' età media della vita, come quelle che sono ritenute di maggiore interesse, mentre le malattie mentali della vecchiessa sono state d'ordinario lasciate nel dimenticatoio.

Oolella (*Annali di Neprologia*, F. V e VI, 1896) in un suo recente studio sulla frenosi senile, fa notare che il numero di questi infermi è straordinariamente grande ; essi popolano ospisi di mendicità e asili di allenati. Eppure i disturbi cerebrali, che nella estrema età della vita possono manifestarsi, sono assai vasti e complesgi.

Secondo l'autore quest' infermi non presentano sempre i caratteri della demenza; ma sul fondo della debolezza intellettiva dell'età senile, possono svilupparsi numerose e svariate forme cliniche, alle quali, il comune fondamento nosologico dà un'impronta speciale e caratteristica.

Con la vecchiessa, incomincia il periodo della decadensa fisica e psichica. Però , considerata questa decadenza, dal punto di vista delle facoltà intellettuali, il primo segno della senilità, è una diminusione notevole della memoria, dell'immaginazione e delle facoltà affettive, e una maggiore difficoltà di assimilazione; mentre il giudizio, fortificato da una lunga esperienza della vite, più sicuramente che pel passeto, ne dirige la condotta, improntandola di quella saggessa, che in ogni tempo fu considerata attributo dell' età avanzata.

Pochi sono i privilegiati che conservano questa cruda viridisque senectus, e questo requisito si riscontra negli nomini dotati di elevata cultura intellettuale, e nei grandi lavoratori del pensiero, requisito che spesse fiate va legato alla longevità fisica.

le forze fisiche e psichiche si affievoliscono sensibilmente , fino a tanto , da arrivare all'inizio della demenza.

Però vi ha una scala infinita di gradazioni, talvolta difficile a cogliere, fra il vecchio, le cui facoltà fondamentali hanno conservato tutta la loro integrità, e quello che tocca i confini della demensa, la quale, se è vero che rappresenta la fine della più gran parte dell'umanità, è vero altresi, che essa non ha età, e quindi demensa e senilità non hanno fra loro una coesistenza necessaria.

A parte delle intelligense elevate, unite a longevità fisiche, e di cui ogni paese e ogni ramo dello scibile umano offre tanti illustri esempi, come i Victor Hugo, i Verdi, i Pasteur, i Molkte, ecc. vi ha un' altra categoria di vecchi, i quali, sensa dar prova di un' attività elevata, restano per lungo tempo immuni, e solo in età molto avansata mostrano i segni della demenza.

Inoltre, a fianco di questa senilità tardiva, vi é un' altra categoria di individui, che invecchiano e indeboliscono giovani, e ciò è dovuto al consumo prematuro degli organi, determinato da una serie di condisioni ereditarie, individuali e sociali.

Dunque vi sono vecchi dementi e vecchi non dementi.

Esaminando però la demensa nel suo significato più largo, si resta convinti : che all'infuori dell'alienazione mentale, questa terminazione fatale, è la sorte inevitabile dell'umanità (M o r e i).

L' individuo soggiace alla legge dello affievolimento delle funzioni psichiche in rapporto alla diminuzione progressiva della vitalità del cervello e la demenza può essere considerata , per tal guisa, come una fase evolutiva delle facoltà

E pertanto, l'alterazione organica del cervello, si rende palese con disordini delle funzioni men-

Questi disordini, quando raggiungono il loro grado più elevato, costituiscono una forma morbosa caratterizzata da uno stato di debolezza psichica, che costituisce il fondamento generico della frenosi senile.

La prima facoltà che viene lesa in questi infermi, è la memoria.

L'amnesia involge i fatti più recenti, mentre, gli antichi ricordi, hanno una revivescenza meravigliosa.

Sorprende, in questi casi, come il presente non Ma sventuratamente questi campioni sono rari; lasci quasi veruna traccia di sè, ogni fatto esterno è percepito incompletamente ed è in breve dimenticato. Gl' infermi non sanno ciò che hanno fatto il giorno innanzi, hanno dimenticato la loro età, il mese, l' anno in cui si trovano. Invece il ricordo del passato resta impresso nella memoria, così ricordano l'epoca della nascita, i fatti occorsi trenta o più anni innanzi, e il loro dire si porta costantemente sulle cose antiche.

Questi fatti, a prima vista, sembrano contradittori, perchè si può credere che i fatti recenti debbano essere meglio ricordati degli antichi, però le impressioni che l'infermo riceve dal mondo esterno, in questo tempo, le riceve con mente infiacchi ta, il cervello non può associarle, ed organizzarlo per il processo dissolutivo indottovi dalla malattia.

L3 modificazioni invec e fissate negli elementi nervosi da lunghi anni e divenute quasi organiche, le antiche impressioni fissate negli elementi nervosi da lunga data, e cento e cento volte ripetute, è naturale, che debbano presentare una maggiore forza di resistenza contro la distruzione.

La involusione senile, però progredisce; l'atrofia e la degenerazione della sostanza nervosa percorre il suo cammino fatale, e gl'infermi ripetono, senza tregua, le stesse storie, i lore discorsi sono sconnessi, a volte tralasciano nomi e parole e non vivono che di pochi frantumi del passato; i sentimenti e gli affetti sono involti nella disorganizzazione. Le facoltà affettive si estinguono più lentamente che non i processi intellettuali.

Nella generale deficienza della vita affettiva, solo i bassi sentimenti egoistici si conservano nella loro integrità.

In prosieguo, gli affetti diventano sempre più superficiali e senza energia, e l'infermo, è d'ordinario incapace di ogni specie di lavoro, diventa puerile nelle idee e nel linguaggio, ha una grande tendenza al pianto, senza che provi vere emosioni, anco quando la morte strappi dal loro fianco una persona cara.

Molti vecchi possono ancora attendere ad alcune occupazioni automatiche, la cui esecusione richiede un minimum di memoria cosciente; essi sono degli automi che obbediscono ad antiche abitudini.

Però quest'attività automatica scompare quando si è vicini alla dissoluzione finale.

Notevole, in effetti, è l'alterazione sonile del carattere, segnatamente l'egoismo, l'avarizia, la diffidenza, la irritabilità. Questi fenomeni, vanno sempre più esagerandosi, e allora costituiscono i sintomi iniziali del quadro morboso; per ciò di-

sordini della ideazione, della coscienza, della volontà, della attenzione.

È, d'ordinario, profondo il disturbo della cosoienza, che abbraccia insieme le categorie di tempo e di spazio. I malati girano vagabondi, non si raccapezzano per le vie e neppure nella propria casa, smarriscono gli oggetti, e credono che siano stati loro rubati, si appropriano le cose altrui.

Per lo più il sonno è turbato e, di notte, questi infermi si mostrano agitati ed irrequieti.

Gl'infermi di demenza senile, inoltre, presentano una serie di disordini nervosi, che dimostrano quanto profondamente sia alterata la nutrizione del cervello.

Si hanno spesso paresi unilaterali dei nervi encefalici (facciale ed ipoglosso) paresi dell'estremità, sintomi di lesioni a focolaio, che rivelano l' esistenza di emorragie e di rammolimenti cerebrali (afasia).

A volte accessi di carattere diverso (apoplettiformi o epilettoidi).

Il decorso, la durata e la terminazione della demensa senile sono variabili.

Il decorso è cronico da comprendere più anni (1-4 anni); si osservono casi, sebbene molto rari, a decorso acuto, della durata di mesi.

Wirchow ha richiamato l'attensione sopra le forme di demensa senile a decorso rapido, che si svolge entro alcune settimane.

Wille ha osservato casi di demenza senile esorditi con un indebolimento diffuso della intelligenza, finiti in un periodo di marasma di lunga durata (5-8 anni).

Schüle ha osservato casi, nei quali una specie di remissione, ritardava il periodo finale.

L'esito è fatale e la morte ha luogo per marasmao in seguito ad una malattia intercorrente (affesioni toraciche, o addominali, pneumonite gangrenosa) ecc.

La diagnosi della demenza senile, ordinariamente non è difficile.

Le forme ben pronunziate di demenza senile, non sogliono osservassi prima del 66º anno di età.

La terapia riesce impotente contro il processo degenerativo, che serve di base alla malattia; la cura quindi dei singoli disturbi è una cura cautamente sintomatica; quindi buona nutrizione, eccitamento della circolazione, segnatamente col vino, accurata sorveglianza dell' infermo, atta a proteggere da disgrazio e da atti contro di sè e contro gli altri.

L'agitazione notturna sembra essere un fenomeno di inanizione relativa; il pasto serale e l'uso degli alcoolici è sempre indicato.

Krafft-Ebing ha esservato, con esperienze personali, che l'idrato di cloralio può riuscire pericoloso, a causa della debolezza vasale e della degenerazione grassa del cuore; l'oppio invece è da prescegliersi, sempre però con precausione.

Spesso la cura del manicomio è superfino, e invece l'infermo si può curare ed assistere in casa.

Vajana

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DERNOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA diretta dal prof. Campana, — SULLA PATO. GENESI E DIAGNOSI DEI SIFILODERMI, — UN CASO DI NOMA DA SIFILIDE.

Sommaro. — Ragioni morfologiche della diagnosi. —
Sifiloderma nodulo-ulcerante del naso. — La sepsi sopra un sifiloderma; la resistenza che genera questo alla
diffusione di quella; resistenza che oppongono, alla
diffusione delle manifestazioni sifilitiche, la nutrisione e l'innervazione. — Altra osservazione, che è data
da un sifiloderma; suoi caratteri per distinguerlo da
un'eritema polimorfo, da una erusione eritematoide
scrofolosa. — Un caso di noma da sifilide.— Reperto
istologico, riportato in nota, come giustificazione
della conferenza, fatta giorni prima.

Ecco un infermo, la cui erusione cutanea si rileva facilmente, anche con un primo sguardo, dato a distanza.

Le alterazioni, che la costituiscono sono state già ben fissate nella storia clinica, che uno di loro ha raccolta. Quale è la diagnosi clinica, che noi possiamo fare di questa malattia? A quali cagioni si deve riportare la suddescritta alterazione?

La morfologia clinica non ci può dare criteri sufficienti; dovrebbe fare anche la sua parte la ricerca istologica.

Vien messo da parte il ragionare della possibilità di un epitelioma, perchè essendovi nell'infermo la lesione del setto nasale, essendovi alterazioni cutanee, nelle quali non solo non prevale, ma non esiste, un fenomeno anatomico di alterazione epiteliale, non è possibile ragionare di epitelioma. Si tratta certamente di una infiammasione cronica da cronica infezione, e quindi di tubercolosi, morva, sepsi semplice, cagioni che danno l'ozena e sifilide. Per l'ozena mancano i sintomi principali della malattia: il cat-

tivo odore, la lunga data, la coesistenza di fenomeni principali almeno delle coane posteriori. Inoltre se l'ozena dà fenomeni ulcerosi, non li dà nelle parti anteriori delle ossa del naso, ma verso il palato molle; ispessisce le volute delle coane, rende poco nutrito l'osso da farlo cadere in necrosi.

I casi di morva sono molto rari, specialmente nelle donne, che meno facilmente hanno contatti con animali. Per la tubercolosi bisogna tener presente che le vie di diffusione dalla cute alle mucose vicine, tra loro ed inversamente, hanno una disposizione differente da quello che avviene per la sifilide; ed i fenomeni anatomici distruttivi, in tal caso, vanno di pari passo con manifestazioni essudative mucoidi della schneideriana, e di fenomeni congestisi flogistici della cute del naso e delle pertinenze, che qui mancano.

La tubercolosi sotto forma di lupus (che è la forma di tubercolosi più ordinaria) comincia dall'esterno della cute e va verso le parti profonde e verso l' interno; la sifilide, viceversa, si aviluppa per lo più nel connettivo della mucosa nasale, lede prima le ossa: cosicohè i fenomeni di alterazione morfologica del naso, nella sifilide, dipendono dalla impalcatura osseo-cartilaginea, pel lupus dalla cute, dal tessuto sottocutaneo e di rado da parti più profonde. Nel lupus si trovano fatti più gravi all'esterno, al contrario della sifilide.

Nella sifilide è, mi si passi la frase, una dermatite della mucosa, con fenomeni prevalenti anatomici di peri-ed endofiebite cronica, sino ad aversi la perforazione dell'organo. I sifilodermi tardivi li diciamo nodulari semplicemente, se si presentano sotto la forma di un nodulo più o meno profondo molto simile ad una papula; e nodulo ulceranti se si accompagnano col sintoma della ulcerazione e nodulo flittenosi se oltre al nodulo, presentano alla superficie un sollevamento epiteliale, sotto di cui trovasi un essudato, un detrito per lo più fluido, vario morfologicamente.

A questa varietà di sifilodermi appartiene ia

Qui, nel caso in esame, si tratta di un sifiloderma nodulo-ulcerante superficialissimo, che, per le condizioni della cute della inferma, di una certa età, si presenta con fenomeni distruttivi più gravi dell'ordinario.

Oltre al leggiero ispessimento papuloide, appena accentuato alla pinna sinistra del naso, vi ha l'ulcerezione di cui ho parlato nella storia clinica, senza dire che la preceda una infiltrasione flogistica. Ciò esprime che essa infiltrasione, clinicamente sfugge e si ha soltanto il fenomeno dell'ulcerazione. Ma questa fase distruttiva dell'infiltrazione e la formazione abbondante di detritus'si devono attribuire alle condizioni della cute.

Questo fenomeno della distruzione, così rapido nei tessuti, non è che si verifichi per tutti gli individui; nei sifilitici, si hanno, in generale, papule e manifestazioni flogistiche semplicemente infiltrative o poche papulo-pustole. La fase necrobiotica elementare, in larghi tratti, così da dar luogo alle eruzioni flittenoidi, più su ricordate, si ascrive nei diversi casi in cui si trova, alla gravezza del processo, in se, o ad altre ragioni riferibili all' organismo, in cui alberga.

Ma, qui, essendo le alterazioni assai superficiali, non si può credere che la necrobiosi dipenda da gravezza del virus infettivo principale in sè; ma bensi da debolezza dei tessuti. Vi è stato inoltre trapiantamento di sepsi, che ha dato luogo alla ulcerazione.

Questa infittazione flogistica, nei tessuti affetti, è un' arma a deppio taglio per l'attecchimento di altri processi; poichè essa ha dato la possibilità del trapianto della sepsi, con la lesione di continuo; ma poi, ne ha limitato l'asione, giacchè tale tessuto con granuloma flogistico cronico non è giovane e fresco; e noi sappiamo che la sepsi assume maggiore sviluppo, e dà lesioni più gravi nei tessuti sani, giovani e ben nutriti. Però, ciò che noi vediamo in questa inferma si deve ascrivere non solo a sifilide. ma a sifilide in età adulta, in cui la nutrisione dei tessuti è difficoltata anche da questa condizione dell' età dell'inferma.

Possiamo però avere un altro caso, in cui, pur non essendo invecchiata la nutrizione dei tessuti, siano alterati i regolatori della nutrizione, come succede sovente nei neuropatici.

L'eruzione, in questo infermo, per la forma sotto cui si presenta, ha l'espressione di essere un male di data piuttosto antica: infatti l'inferma ne soffre da circa 4 mesi. È una eruzione papulo nodulare della fronte, prevalente al lato sinistro: è data da papule della grandezza di una lente o poco più, piane, di colorito rosso rameico, che si modifica in parte alla pressione; sono isolate, alcune, altre riunite in modo da formare cerchi e semicerchi; si notavano più specialmente sulla glabella e sulle sopraeciglia. Perchè questa eruzione è di natura sifilitica? L'eritema polimorfo offre grande differenza: l'eruzione si ha

particolarmente al dorso delle mani ed ai piedi: il fenomeno anatomico è dato da una flogosi acuta superficiale; se si preme sulla papula essa si risolve in gran parte; qui no, la papula è dura, punto evanescente. Qui vi sono erusioni, è vero, che hanno forma di cerchi e semicerchi come nell' eritema; ma nell' eritema poliformo essi sono più completi, più spessi, ed inoltre, presentano un certo grado di polimorfismo, in ordine al tono di colorito delle sone diverse di eruzione. Non si può parlare di processo scrofoloso; poichè, sebbene esso si generalizzi, tuttavia vi è sempre un focolaio di maggiore intensità di eruzione od un focolaio di altra localizzazione della stessa malattia.

Intanto, in questo caso manca la simmetria che si trova generalmente nel processo sifilitico, anche nell'antico, se non per distribusione in parti analoghe almeno per configurazione. Per ragionamento d'esclusione quindi ammettiamo un processo sifilitico, non molto antico: sifiloderma papulo-nodulare. Una forma di passaggio fra le forme secondarie od eritematose e le tardive gommose.

È un sifiloderma papuloso ma non distribuito come quelli del periodo eritematico. Questa è una delle forme recidive le quali, quando si annidano un pò profondamente, sono la espressione di un circoscriversi della infezione, o di una gravezza straordinaria di essa.

Per l'età avanzata, l'individuo subisce fortemente l'influenza della infesione; e le pruove le abbiamo non solo nella intensità delle riferite manifestazioni anatomiche; ma nel tremore degli arti, neurastenia, pallore, denutrizione, di cui è vittima l'infermo.

La prognosi, nella donna di cui abbiamo parlato prima va intesa così : se non insorgeranno nuove localizzazioni, per processi nascosti, circoscritti, imprevedibili, essa si può considerare guarita; e ritenerla come persona che elimina le scorie ultime della malattia; laonde potrebbe bastare la cura chirurgica ed antisettica per ottenerne il risultato. Per maggiore precauzione faremo eseguire la cura antisifilitica, somministrando il sublimato corrosivo per via ipodermica; ma non per far guarire della lesione locale, la cui guarigione dovremo aspettarla dalla antisepsi. In questi casi si da anche l'ioduro di potassio: ma è nella sifilide con manifestazioni intense che l' ioduro coadiuva l'azione del mercurio, somministrando questo ioduro a forti dosi. Quì non è il caso di dare queste forti dosi, che esaurirebb ero

le forse dell'inferma; ne daremo quindi poco, per aintare semplicemente la eliminazione del mercurio.

Nell' altro infermo il processo si svolge ed ha raggiunto una intensità speciale per condizioni dell' individuo; quando la prognosi non può essere precisata nelle sue particolarità, certo l'infermo è destinato a migliorare. Si dovrà fare ansitutto la cura antisifilitica, con un preparato mercuriale che sarà il protoioduro di mercurio, alla dose di 1 centig. per giorno. Il protoioduro di mercurio è un preparato che può essere tollerato a dose piuttosto forte (a 3, 4 centigr.): gli altri preparati si danno a dose di 1 mill. Non conoscendo la resistenza individuale coi preparati mercuriali, bisogna usare notevoli precauzioni. somministrando dosi minime a principio: il protoioduro si tollera anche a dose di 2,8 centigr., ma non dà i risultati che danno altri preparati di mercurio, specialmente il bicloruro, l'asparagina mercurica, il formiamidato di mercurio.

A quest'infermo ora non daremo l'ioduro di potassio, perchè riuscirebbe irritante del sistema mervoso, delle mucose e stante la denutrisione sua.

In questo infermo si deve curare molto l'alimentazione, che dovrà essere prevalentemente carnea e leggera; purée di earne e di legumi in piccole quantità e spesso, non bevande alcooliche del the, del latte. Inoltre bisogna somministrare a gocce la tintura acquosa di rabarbaro con quella di noce vomica a dose crescente; preparati ferruginosi con acque potabili acidule; poco vino al mattino: bagno tiepido.

Altra inferma. Noma.

Presento un' inferma che io ho vista stamane per la prima volta, e della quale non si possono avere che notizie assai poco esatte dai parenti. Mi duole che questo, e la esistenza di conseguense di alterazioni (ora diagnosticabili) non mi mettono nel caso di sottoporre ai loro sensi i fondamenti della diagnosi, che esporrò brevemente.

Ecco la storia clinica:

Storia ctinica. della bambina G. Ida, dei coniugi Giuseppe e Maria, di anni quattro, nata a Tivoli, entrata in clinica, il 9 gennaio 1896. Diagnesi. — Noma probabilmente da sifilide ereditaria.

Narra la madre, che la bambina non soffri di malattie degne di nota, fino a qualche mese fa, epoca in cui ammalò di lievi disturbi intestinali, accompagnati da febbre elevata; che essendo cessata la febbre, sensa nuova causa, otto giorni addietro, comparve, in corrispondenza del labbro inferiore di sinistra una bolla di color biancogiallastra che ben presto ulcerò e continuò ad ulcerarsi fino all'attuale stato.

Bambina di sviluppo scheletrico regolare, ma notevolmento denutrita, cute sottile e pallida. In corrispondenza del labbro inferiore si nota una vasta perdita di sostanza con ulcerazione che ha distrutto per 273 il margine labbiale e che a sinistra si estende in basso fino quasi al margine inferiore del mento ed all'interno, interessando tutti i tessuti fino all'osso, che si mostra denudato del perioctio, nel tratto corrispondente ai due ineisivi ed al premolare di sinistra,

Questa ulcerazione ha fondo lardaceo, formato da tratti di tessuto necrosato e facilmente allontanabili.

Sulla mucosa della lingua, specie ai margini, e su quella delle gote e delle gengive, si notano varie piccole erosioni epiteliali ricoperte da detrite di aspetto lardacco.

Nelle regioni glutee, tanto a destra, che a sinistra, si notano due larghe chiazze con erosione dell'epidermide e degli strati superficiali del derma, da cui si ha lieve gemisio sanguigno. Queste erosioni sono di forma come una figura di carta geografica, con margini in parte rotondeggianti. Nel resto della bocca, nulla di notevole se si eccettui una facile sanguinabilità delle gengive, che sono gonfie e di colorito rosso - bluastro (1).

Benché non esistono che distruzioni di tessuto e non si vedane più tratti gangrenati io credo

Esaminando un tratto di cute vicino ad un punto necrosato del mento, si trova guardando dal connettivo sottocutaneo verso lo stato corneo, che il tessuto cellulare adipifero si presenta circondato da leucociti che sono molto numerosi sui tratti, ove predomina la struttura fibrosa sulla adipifera. Molte di queste solle adipifere si presentano con connettivo necrosato che non si presta più alle reazioni delle colorazioni. Inoltre, vicino alle pareti dei vasellini arteriosi e venosi, notasi un' infiltrazione di leucociti con ispessimento delle pareti vasali e obliterazione del lume vasale. Nei detti vasi le alterazioni esistono principalmente nella avven tizia oppure nell'intima, di rado si vedono nella media. In alcuni tratti del derma poi l'infiltrazione, sebbene non molto abbondante si verifica pure attorno dei vasi. In alcuni punti nei setti connettivali che partono dal derma e vanno nel tessuto cellulo adipifero sottocutaneo si scorge un notovole accumulo di elementi cellulari simili a leucociti, alcuni pochi ben conservati. altri presentano nell'interno dei granuli non colorabili coi colori d'anilina né altrimenti.

⁽¹⁾ Reame istologico di un brano di cute vicino alla necrosi.

che trattisi di Noma. E' una malattia che ricorre il più soventi nei bambini, in compagna; dove vivono nella miseria, nei tuguri, al freddo e con mancanza assoluta di ogni igiene. I bambini, dopo aver avuto una febbre, presentano una piccola piastra livida alla bocca, alla guancia, alle labbra; si ha endofiebite e necrosi.

Non è più una malattia misteriosa: essa ha due sorgenti: alterazione della nutrizione generale, cui concorre il sistema nervoso e circolatorio: ed una causa fisica traumatica od infettiva locale o generale. La stessa scarlattina può decorrere senza febbre o con febbre, e dar luogo ad un' infiltrazione difteroide di un tratto di pelle con necrosi e distruzioni consecutive come una specie di noma; ne ho visto un caso in Genova in consulto coi dottori Luxoro, padre, e cav. Ansaldo. Così non siamo in grado di aver determinato una sola cagione del male. In questa circostanza è giustificato ricorrere al polifarmacismo antico. Somministriamo per lo stomaco solfato di chinina, e salicilato di soda: poi facciamo disinfesione accurata delle lesioni e, sulla piccola escara, applichiamo: acido fenico puro, in soluzione. Daremo anche preparati ferruginosi, (il tartrato ferrico potassico con vino: vino bianco spumante per bevanda, a piccole dosi). Ma questo caso ci darà motivo a tornarvi su: perchè io vedo la sifilide come causa del noma.

Vi ripresento una seconda volta l'istessa inferma: ora ha alterazioni tali che la diagnosi di noma è facile, evidente. Quella grossa placca nera sulla gota di questa infelice fanciulla, vi dà la immagine clinica, indiscutibile, del processo.

Eppure oggi sorgono in lei gli accenni di altre manifestazioni, che non pure fanno pensare al noma, ma alla sifilide. Quelle papule nelle natiche, come nascenti noduli, o tubercoli sifilitici, quei piccoli, circoscritti, rotondi, indurimenti di alcuni tratti della cute della piccola mortina, quella linea serpiginosa, con cui si delimita la ulcerazione, ove si verificò la prima piastra di noma, parlano di sifilide: e direi che questo noma proviene da una endoaterite sifiliticha obliterante, tanto facile nella sifilide (1).

LE CLINICHE FRANCESI

Ospedale dei bambini di Parigi (Prof. Marfan). Sulle cirrosi epatiche dei bambini

La storia della bambina che vi presento è molto interessante ed istruttiva, perchè la diagnosi della malattia da cui essa è affetta non si potè fare sicuramente che dopo una laparotomia e dopo una minusiosa inchiesta sugli antecedenti della piccola inferma.

Questa bambina, dell'età di quattro anni, presentava, al suo entrare nell'ospedale, un'ascite molto abbondante.

La percussione sull'addome dava una sona di ottusità della solita forma semilunare, non si notava sul ventre alcuna vena manifestamente dilatata. Con la palpasione non si avvertiva alcuna pastosità peritoneale. Il fegato, sebbene mascherato da versamento addominale, sembrava leggermente aumentato di volume.

Le vie respiratorie, il cuore, il sistema nervoso erano normali. Le urine non presentavano alcuna modificazione nella loro composizione. Temperatura normale. La milsa non era ipertrofica,

Il sintoma più importante, l'ascite, così rara nei bambini, era di una interpretazione molto difficile. Se l'età della bambina avesse sorpassato i 6 anni, noi avremmo subito pensato alla peritonite tubercolare, ma tale ipotesi, sebbene non la si poteva scartare del tutto, non si doveva nemmeno ammettere sensa fare grandi riserve. Si trattava allora di un'ascite di origine epatica, consecutiva cioè ad un'epatite interstisiale comprimente le radicule della vena porta? La cirrosi del fegato è anche più rara nei bambini, che la tubercolosi peritoneale, e per ciò, per la stessa ragione, doveva essere anche scartata nel caso attuale, tanto più che mancava l'esistensa della rete venosa sottocutanea e del tumore di milsa.

Una terza ipotesi che si presentava, era quella di un tumore addominale, specialmente sarcoma del rene, caso frequente nell'infanzia, il quale comprimendo la vena porta, ovvero trovandosi localizzato nel peritoneo, avesse determinato una peritonite neoplastica. Però questa diagnosi non si poteva fare, perchè l'esame diretto in questo senso non permetteva di scoprire alcun segno di tumore, nè di peritonite.

Infine noi abbiamo pensato ad un ganglio tubercolare situato sull'ilo del fegato, ma questa causa di ascite non si manifesta con alcun sintoma diretto e non può essere diagnosticato che per esclusione.

⁽¹⁾ Questo concetto è stato confermato dall'esame istologico fattosi dai tratti circostanti ed intrastanti alla piastra di noma, ove si è trovata una classica forma di endoarterite obliterante; da non potersi confondere con qualsiasi forma di endoarterite per embolo o per diffusione di processe settico come ha dimostrato in una breve memoria un allievo della nostra sucola. il dott. Pantaleoni.

D'aitra parte, l'esame degli antecedenti dell'inl'inferma, dà che la madre è tubercolotica e che l'ascite della bambina si è sviluppata in seguito ad una bronchite ribelle. L'idea di una peritonite tubercolare era per ciò quella che si doveva naturalmente per la prima presentare al nostro spirito. Allora abbiamo pensato di praticare la laparotomia, giacché, anche nel caso che la diagnosi avesse potuto essere inesatta, la laparotomia avrebbe potuto fornirci dati molto precisi sulla natura esatta della malattia. La laparotomia fu eseguita da Brun: aperta la cavità addominale si trovò un liquido giallo-ambra, assolutamente limpido, e il peritoneo e le sue dipendenze completamente integre. Tutti gli altri organi apparivano normali, solo il fegato sembrava leggermente ingrossato.

I postumi operatori furono senza complicanse, e la cicatrizzezione della ferita avvenne rapidamente. Però dopo circa 15 giorni dall'operazione l'ascite si riprodusse.

Dalla laparotomia abbiamo dunque appreso che, delle varie ipotesi da noi messe avanti, l'unica che potesse spiegare i sintomi osservati, non era che l'egistenza di una cirrosi del fegato e il fatto della recidiva dell'ascite veniva a confermare tale diagnosi.

Le cirrosi dell'infanzia, di cui Laure ed Honnorat hanno fatto uno studio sistematico, si producono specialmente nella seconda infanzia, cioè dai sei ai 15 anni. Il caso presente è dunque notevole per la sua precocità. Dal punto di vista anatomo-clinico, le cirrosi infantili si possono dividere, come quelle degli adulti, in cirrosi biliari con ittero, in cirrosi venose con ascite, e in cirrosi diffuse.

Riguardo alle cirrosi biliari, ricordero brevemente che se ne distinguono due forme nei bambini: 1.º la cirrosi ipertrofica con ittero cronico e sensa ascite: è la malattia di Hanot, di cui qualche caso è stato osservato dopo i sei anni; 2.º una cirrosi biliare per ostruzione più o meno completa delle vie biliari, dovuta ad un'anomalia congenita: essa è rara e mal conosciuta.

Le cirrosi venose dell'infanzia ripetono la stessa etiologia di quelle dell'adulto: cioè: 1.º l'alcoolismo; 2.º le malattie infettive (specialmente le febbri eruttive). La tubercolesi è anche una causa di cirrosi, giacchè può provocare specialmente una cirrosi con steatosi, come ha dimostrato H u tinel. La sifilide e la malaria possono anche apportare la cirrosi infantile.

La cirrosi della seconda infansia sopravviene

a preferenza nel corso di una affezione organica di cuore, sopratutto nella sinfisi cardiaca, però H uti nel ha dimostrato che, in questo caso, la stasi venosa si combina ordinariamente con l'arterio sclerosi prodotta da una delle malattie infettive precedenti.

Ora, quale è stata la causa che, nel nostro caso, ha provocato l'evoluzione della cirrosi? Ricercando bene negli antecedenti, si nota che la bambina, all'età di quindici mesi, in seguito a continue e forti febbri, fu abituata a bere quasi ogni notte dell'acqua addizionata a rhum o cognac e ciò per un tempo abbastanza lungo; è la cirrosi adunque una cirrosi alcoolica. Altri casi simili esistono nella letteratura e sono stati descritti da To e dt en, Wilks, La en nec.

La prognosi della cirrosi dell'infansia è in generale fatale però nel presente caso si può dire che non è completamente disperata: difatti l'analisi dell'urina, fatta diverse volte, ci ha mostrato sempre assensa di urobilina, una quantità di urea quasi normale: infine la prova della glicosuria alimentare è stata negativa. Da tutto ciò si può dunque dedurre, che la cellula epatica non sia molto alterata e si può sperare che la malattia possa arrestarsi.

Riguardo alla cura, prima di tutto dobbiamo prescrivere un regime che riduca al minimum possibile le putrefazioni intestinali, allo scopo di non affaticare il fegato per la neutralizzazione delle tossine. In secondo luogo l'ioduro di potassio può riuscire molto utile.

Una volta ogni settimana, si sospenderà questo medicinale per dare del calomelano, il quale, oltre ad avere un'azione stimolante sulla cellula epatica, realizza anche l'antisepsi gastro-intestinale.

In ultimo è utile di consigliare di non dare mai ai bambini, nè come bevande nè come medicinali sostanze alcooliche: ciò facendo oltre a soddisfare ai precetti di una buona igiene, strapperete molti bambini alla morte o alla degradazione fisica, morale e intellettuale. (Le Bullettin medical n, 6, 1897)

Mirto

PRATICA SIFILOGRAFICA

Le enteropatie sifilitiche. Benchè si conoscesse da un peszo la diarrea d'origine sifilitica, e Ch a l-me t avesse descritto la natura specifica di alcune ulcerazioni intestinali, pur tuttavia si può dire che, fino all'osservazione del Müller nel 1858, ed al lavoro di Cullerier, non si trova nella letteratura medica alcun cenno su questo argomento.

Dopoche Wagner nel 1868 diede una definisione istologica del sifiloma, non mancarono le ricerche di alcuni sifilografi, indirizzate allo scopo di scoprire nell'intestino i noduli di già osservati nelle viscere di neonati sifilitici, e le gomme tersiarie della sifilide acquisita.

Questo studio relativamente semplice nei neonati e nei nati-morti sifilitici, è singolarmente complicato nei sifilitici terziari.

Praticando l'autopsia di neonati sifilitici, Cullerier potè constatare spesso ulcere della membrana interna dell'intestino, alcune di forma indeterminata, altre invece lineari ed arrotondite.

In un bambino nato da sei giorni, Förster trovò una infiltrasione cellulare e fibrosa delle placche di Peyer e ulcerasioni del colon trasverso.

Eberth, sezionando un feto ventiquattr' ore dopo la nascita, oltre a gomme del timo e dei polmoni, riscontrò che l'ultima porzione dell'intestino presentava ispessimenti anulari, a livello dei quali la mucosa era scollocata od ulcerata ed il peritoneo infiammato.

Roth in un bambino potè constatare ulcerazioni profonde del duodeno ed una tumefazione notevole delle placche di Peyer; meno importanti sono le due autopsie riferite da Oser.

In un bambino, che visse appena 2 ore, egli potè scoprire nello stomaco e nel duodeno noduli lenticolari bianco giallastri, che aumentavano di volume e di numero nel digiuno e nell'ileo, ed in un altro bambino di 10 giorni, trovò le anse intestinali ricoperte da false membrane ed aderenti fra di loro. In quest'ultimo caso, in corrispondenza delle placche del Peyer, l'intestino era ristretto da anelli risultanti dalla condensazione ed infiltrazione di tutte le tuniche.

Nel 1878 Parrot descrisse in due bambini morti pochi giorni dopo la loro nascita, e nei quali si sviluppò rapidamente una sifilide bollosa, una lesione intestinale avente lo stesso aspetto e la identica costituzione istologica.

Queste nozioni più precise, seguite ben presto da nuove indagini, rendevano più completo lo studio della sifilide ereditaria.

I ürgensen sulla guida dell'esame dell'intestino di parecchi neonati, distinse tre varietà di lesioni intestinali:

1º Lesioni superficiali della mucosa sotto forma di placche, con tendenza alla degenerazione grassosa ed alle mortificazioni;

2º Gomme aventi sede fra i due strati della tunica muscolare;

8º Granulazioni miliari, tanto nello strato mucoso e muscolare, che nella seriosa.

Queste si distinguono per il loro aspetto giallo opaco dalle granul sioni tubercolari che sono giallastre e trasparenti. La comparsa di queste granulazioni è annunziata da leucocitosi e tumefazione della milsa.

Mracck su 200 autopsie, soltanto in 9 casi potè dimostrare entero-patie sifilitiche.

Questo autore distingue le lesioni specifiche dalle lesioni banali.

Le prime occupano il più spesso la parte inferiore dell'intestino tenue, e sono caratterissate sia da un'infiltrazione delle placche di Peyer, sia da noduli d'aspetto giallastro o rossastro. Le lecioni banali invece, sono rappresentate da rossore diffuso e da catarro dell'intestino, e sono quelle che determinano una diarrea incoercibile la quale uccide un gran numero di bambini sifilitici.

Baumgarten, sezionando l'addome di un neonato, nato da una madre nettamente sifilitica e morto immediatamente dopo la nascita, potè constatare lesioni sifilitiche intestinali confermanti la descrizione datane da Iurgensen. Soltanto le gomme, contrariamente a quanto aveva osservato questo autore, avevano sede nella mucosa e sotto-mucosa e si presentarono scarsissime nella muscolare e nella sierosa.

Chiari nel 1886 esaminando le intestina di un bambino di tre settimane affetto da esantema sifilitico e da itterizia, senza disturbi digestivi, trovò che l'intestino gracile presentava un gran numero di piccole gomme al livello delle piastre di Peyer, e nell'ileo esisteva un' infiltrazione diffusa della mucosa con qualche ecchimosi.

All'autopsia di un bambino sifilitico, Darier e Feulard hanno recentemente constatato nell'ileo lesioni sifilitiche, che il microscopio caratterizzò come noduli gommosi in via di degenerazione caseosa.

La sintomatologia della sifilide intestinale congenita, si riassume nella diarrea che può cedere ben presto sotto l'asione della cura specifica. (Cullerier, Sevestre, Balzer),

Le emorragie sono frequenti, e difatti è risaputo quando sia grande l'influenza della sifilide nella patogenesi dei melena dei neonati.

Galliard, (*Presse Medical* n. 7, 1897) consiglia che il primo compito del medico debba essere quello di somministrare il mercurio alla madre, la quale deve essere nello stesso tempo la nutrice del neonato.

Contemporaneamente, si praticheranno a questo ultimo frisioni leggiere d'unguento napoletano e si prescriveranno i bagni e le pomate mercuriali se esistono manifestazioni cutanee.

Fino a pochi anni addietro, l'anatomia patologica non possedeva che pochi dati sulle enteropatie che possono manifestarsi nel periodo secondario della sifilide.

Nel 1888 H a y e m e Tissier, praticando la autopsia di una donna a 82 anni, che presentava tutti i segni di una sifilide papulo, squamosa e una infezione tifica con diarrea, delirio ecc. poterono constatare lesioni intestinali, rappresentate sopratutto da ulcerazioni irregolari e diffuse a tutto l'intestino, che il microscopio caratterizzò come sifilitiche. H a y e m e Tissier ritennero quindi, che, accanto al tifo sifilitico essenziale di Fournier, bisogna collocare un'infezione tifosa dipendente dalle localizzazioni intestinali della sifilide.

La diagnosi di questa forma clinica d'enteropatia sifilitica secondaria, è assai difficile.

Spesso nei sifilitici conosciuti e curati si potrà credere che i disordini intestinali sono dovuti ai preparati mercuriali, che per ciò si sospendono, mentre si dovrebbe, al contrario, insistere energicamente sulla cura specifica.

La diarrea acquista una singolare gravezza negli individui resi più vulnerabill per una precedente malattia, e spesso in questi casi i disordini intestin li resistono a qualunque cura.

L'anatomia patologica delle enteropatie terziarie è molto più ricca di dati della precedente forma. Muller e contemporaneamente Cullerier, descrissero per i primi lesioni intestinali di natura siùlitica. Però in queste osservasioni non fu praticato l'esame istologico.

Frank, sesionando una ragassa, morta in seguito a vomito e diarrea incoercibile, constato ulcerazioni intestinali che ritenne come sifilitiche. Heret descrisse, in un lavoro consalosi intestinale e pulmonare.

crato alla sifilide del retto, ulcerazioni del grosso intestino e produzioni vegetanti che simulavano le neoplasie gommose, rinvenute in due soggetti sifilitici.

In una donna di 51 anno, nettamente sifilitica Wagner, constatò nell'ultima porzione dell'ileo un ispessimento della mucosa, e nel cieco e nel colon vaste ulcerazioni, cicatrici e noduli cascosi. Egli però ritenne che queste lesioni avessere una grande analogia con quelle tubercolari. Così sembra che sia stato anche tubercoloso il sifilitico osservato da Meschere, nel cui intestino furono notate ulcerazioni, di un diametro variablie da uno a cinque centimetri, con cicatrici fibrose e noduli peritoneali.

Klebs riporta l'osservazione di un uomo a 86 anni, morto con ulcere sifilitiche della pelle e del laringe, che mostrò alla sezione ulcerazioni disseminate in tutto l'intestino fino in vicinausa dell'ano.

Os e r ha praticato l'autopsia di un tabetico di 51 anno, sifilitico. A livello delle plustre di Peyer esistevano spessimenti anulari con ulcerazioni a fondo lardacco.

Un sifilitico soffriva da due anni coliche ed una dierrea incoercibile: W a f w i n g e e B l i x trovarono nell'ileo, trentacinque ulcerazioni di cui la più parte erano anulari, con bordo grigiastro e fibroso ed al livello delle quali il peritoneo era ispessito.

Lo stesso reperto hanno trovato Sokolowsky e Blackmore in individui sifilitici che presentarono in vita disturbi intestinali caratteristici.

In due autopsie riportate da Michelie Sorrentino, l'intestino gracile presentava piastre dure, arrotondite o dirette trasversalmente, in certifpunti ulcarate, nelle quali si potè dimostrare la presenza del bacillo di Lustgarten.

Il segno fedele di queste lesioni intestinali è la diarrea ribelle, sovente accompagnata da coliche dolorose.

Le ulcerazioni del colon e del retto si rivelano, oltre al tenesmo, con evacuazioni muco-sanguinolenti che ricordano quelle della dissenteria. In qualche infermo si possono seguire tutte le fasi che percorrono le ulcere anali, dalla fessura inisiale fino al restringimento classico del retto.

Fra le complicanze bisogna ricordare le emorragie, le perforazioni intestinali, la peritonite, la rettite, la fistola anale, la degenerazione amiloide dei visceri addominali, ed infine la tubercolosi intestinale e pulmonare. Allorquando nei sifilitici terziari si suppone l'origine specifica di una diarrea, la quale resiste agli ordinari farmaci, bisogna subito prescrivere l'ioduro di potassio.

I preparati mercuriali debbono essere somministrati con una certa prudensa, poichè si può spesso provocare l'enterocolite mercuriale.

Inoltre si prescriveranno i tonici e si sorvegliera l'igiene.

La sifilide rettale esige una cura mista intensiva: frizioni, iniezioni sottocutanee, mercurio in sito, ioduro per la via boccale. Secondo Fo u rni er, mentre la forma gommosa è curabile, la forma selerotica resiste alla cura medica: quindi in questo caso, è spesso necessario l'intervento chirurgico.

Bentivegna

NOTE DI PEDIATRIA

Eticlegia della tetania nei bambini. Romme. — Le recenti ricerche sulla origine e l'eticlogia della tetania nei fanciulli hanno singolarmente ingarbugliato questa quistione [confondendo in una medesima descrizione la tetania, il laringospaemo e i disturbi nervosi diversi che si riscontrano nella prima infanzia. Kassowitze un buon numero di autori tedeschi si sono sforzati di annodare la tetania al rachitismo, facendone una semplice manifestazione della diatesi rachidica.

L'autore è contrario a queste vedute; egli sostiene che, se la tetania è forse più frequente nei rachitici, non è possibile ammettere che la tetania sia legata intimamente al rachitismo. La teoria gastro-intestinale, la teoria che fa dipendere la tetania da una auto-intossicazione di origine gastro-intestinale, conta un gran numero di partigiani; Oddo, dopo avere mostrato, in una recente memoria, l'insufficienza della teoria reumatismale, della teoria nervosa, abbandonate adesso da tatti, e l'impossibilità di unire la tetania al reumatismo, accetta la teoria tossica o gastrointestinale.

Certamente i disturbi gastro-intestinali sono molto frequenti nei tetanici, però non sono costanti. Kassowitzha invocato, contro la teoria gastro-intestinale, la frequenta estrema della dispesia e la rarità delle tetania.

Fischel fa osservare che nella estate, quando i disturbi dispeptici e gastro-intestinali sono in grande frequenza, la tetania è molto più rara.

I partigiani della teoria gastro-intestinale cercano di diminuire il valore di queste obbiesioni aggiungendo ai disturbi tossici intestinali altri fattori: l'ereditarietà, il terreno nervoso, la necessità di certe condizioni chimiche speciali.

Certamente non è possibile negare l'importanza che i disturbi del tubo digestivo hanno nella produzione della tetania; però ciò che all'autore sembra impossibile, o almeno prematuro, è il fare di questi disturbi gastro-intestinali il fattore etiologico unico, essenziale della tetania.

Il successo della teoria gastro-intestinale si spiega in gran parte per la voga che in questi tempi ha preso la dottrina delle auto-intossicazioni di origine enterica, e per la tendenza sempre crescente di fare del tubo intestinale una porta d'entrata per le infezioni e le intossicazioni microbiche.

Sul riguardo, in un recente lavoro di Neisser si viene a provare che la parte dell'intestino nelle intessicazioni parassitarie è assai modesta.

Perciò l'autore ritiene non essere esatto lo stabilire, per ora, una patogenesi unica della tetania. Come l'epilessia, ad esempio, la tetania può avere cause multiple; è frequente nel rachitismo sensa essere però intimamente legata a questo, è frequente nei fanciulli che presentano disturbi gastro-intestinali; la tetania può anche osservarsi all'inizio o durante il corso delle malattie infettive (Gasette Hebdomadaire de mèdecine et de chirurgie, n. 7, 1897).

Pollaci

RIMEDI NUOVI

Il gualacolato di piperidina - Chaplin e Tunniclife Il guaiacolato di piperidina si ottiene facendo agire la piperidina sul guiacolo in una soluzione di etere benzolico od etere petrolico, ed la formula Cz Hee N C₁ H₂ O₂ cristallissa in aghi prismatici o tavole e si scioglie in acqua sulla proporsione di 8,5:100. Gli acidi minerali o gli alcalini lo scompongono. L'azione farmacologica di questo preparato è l'effetto dei due suoi componenti . Il guaiacolo agisce come antisettico sul tubo gastroenterico e respiratorio; la piperidina è un tonico cardio-vascolare ed aumenta l'eccitabilità spinale. Gli autori hanno adoperato il guaiacolato di piperidina in 14 infermi di tubercolosi polmonare a diverso stadio, comnciando con dosi di 0,80 gram. 8 volte al giorno, ed aumentando gradatamente fino a 1,20,1:50 grammi per dose. Non hanno avuto mai fenomeni se

condari nocivi, né la digestione è stata disturbata. Dei sintomi, la tosse risentì i migliori effetti della cura, poi anche la temperatura. Alcuni infermi dopo la cura presentarono aumento di peso e l'espettorazione diminui. I fatti fisici, malgrado il miglioramento dello stato generale, rimasero immutati.

Da questi esperimenti si può intanto dedurre che il guaiacolato di piperidina alle dosi di 0,20-2.0 gram. 8 volte al giorno è perfettamente innocuo ed agisce favorevolmente sull'appetito e sullo stato delle forse. (Therapeutische Wochenschrift, n. 4, 1897).

De Gracia

SPOGLIO DEI PERIODICI INGLESI

« The Lancet » 2 gennaio 1897.

I.—Scierosi insulare ed isteria. Lezione clinica di Tommaso Buzzard. — In questa lezione, si propone di illustrare la grande facilità, con cui la scierosi insulare viene diagnosticata per isteria.

Molte volte si ritiene per isteria un primo stadio della solerosi insulare; una ragione di questo errore sta nel fatto che quest'ultima affezione non incomincia subito come una forma tipica; durante un periodo inisiale, essa differisce per molti caratteri dalla malattia già del tutto sviluppata.

In tale stadio, questa affesione si manifesta con molti sintomi, considerati come caratteristici dell'istaria.

L'autore esamina ad uno ad uno questi sintomi, mostrando la loro importanza diagnostica. Il tremore intensionale è il segno più importante della solerosi.

Il nistagmo od i movimenti nistagmiformi indicano pure un'affezione organica.

Il clono del piede, quando è molto spiccato, è un sintoma della sclerosi; se però è imperfetto può avere un' origine funzionale.

Di grande importanza è il riflesso plantare; esso od è scomparso o del tutto diminuito nella paraplegia isterica; è quindi un sintoma del tutto funzionale.

Un argomento anche favorevole alla diagnosi di isteria è l'alternativa di guarigioni temporanee e di ricaduta.

L'autore il!ustra la sua lexione, riferendo nove

II.—Salla propagazione della peste. Gia somo Cautlie.

III.— L'infiammazione pelvica delle donne. Le sione clinica di Gugli clmo Duncan. — Si occupa prima di tutto delle cause della infiam-

mazione della pelvi.

Essa può svilupparsi sia fuori il parto, per infezione estendentesi dall'utero lungo le trombe di Fallopio, per propagazione di un processo infiammatorio dell'appendice vermiforme, etc., sia in seguito ad un parto.

L'autore passa, inoltre, a considerare i segni

fisioi e funzionali della inflammazione pelvica a cuta e cronica.

I principali sintomi di queete ultime forme sono: il dolore, l'emorragia e le purghe gialle. Dopo aver parlato della prognosi, il D un c an si occupa dei vari metodi di cura.

IV. — Actinomicosi e la malattia di M a d u r a. E i gar Crookshauk. — Fa un lungo studio sui due stati morbosi molto simili fra loro: l'Actinomicosi e la malattia di Madura.

Si occupa, prima di tutto delle manifestazioni dell'actinomicosi, sia del sistema digerente, che dell'apparato respiratorio, come anche della pelle e dei tessuti sottocutanei.

Illustra, in seguito, la morfologia e lo sviluppo dello streptothrix actinomycootica.

S'intrattiene in ultimo della malattia di Madura, considerando, sia il quadro clinico dell'affezione, che la causa, la quale la produce (strepthorix Madurae).

V. — Note di Neurologia, Hughlings Jackson. — In questo articolo illustra alcuni sintomi delle fratture e delle dislocazioni cervicali.

Parla, prima di tutto, della paralisi successive a lesioni traverse del midolio, sia degli elementi estrinseci che degli intrinseci considerando tanto le paralisi in corrispondenza della lesione, che quelle al di sotto di essa.

Considera, in ultimo, il meccanismo delle mutilazioni dei quattro sistemi importanti (Termale, circolatorio, respiratorio, digestivo).

VI. Occorrenza della metrorragia dopo la menopausa nei casi di tumore ovarico. Arturo Lewers si occupa della metrorragia dopo le menopause. Ordinariamente essa è prodotta dallo sviluppo di un tumore il quale, se è piccolo, è quasi sempre un cancro.

L'autore riferisce sul proposito alcuni casi:

VII. Un caso di acromegalia. I sa a c B a n h s riferisce un caso di acromegalia importante specialmente per il suo rapido progresso.

Si trattava di una donna, la quale, in pochi mesi incominciò ad avvertire un ingrossamento delle dita della mano e del piede, che in breve tempo si estese alle altre parti del corpo, specialmente alla testa.

Tale ingrossamento era accompagnato da altri sintomi dell'acromegalia, come ad esempio, indebolimento delle facoltà mentali analogo a quello del mixedema.

Per tre mesi le furono somministrati solfato di magnesia, joduro e bromuro potassio; si ebbe per questa cura qualche miglioramento, specie nello stato delle facoltà mentali.

VIII. La patologia della eclampsia. Giovanni Bayers si occupa delle varie teorie proposte per spiegare la patogenesi di questa affezione.

Fra queste teorie le principali sono: la teoria della nevrosi riflessa; la teoria renale e la teoria dell'avvelenamento del sangue per prodotti tossici elaborati in parte sia dalla madre che dal feto.

L'autore è partigiano di quest'ultima ipotesi. IX. Nota sul Beri-beri osservato all'Ospedale di Seamen. Spencer riferisce, in quest'articolo, il risultato delle sue osservazioni fatte su alcuni casi di beri-beri.

Egli esamina singolarmente i sintomi e le varie lesioni riferibili ai vari apparati ed organi (sistema muscolare, sensitivo, circolatorio, respiratorio, digerente).

Riassume poi le alterazioni che si osservano

sul sistema nervoso periferico.

L'esame microscopico dei nervi mostra un grande aumento dei nuclei nell'endo-nevrio e spesso proliferazione dei nuclei dei vasi sanguigni dei nervi.

La guaina midollare è distrutta specialmente in vicinanza delle strossature di Ranvier; la guaina mielinica è raggruppata in granuli luminosi, i quali scompaiono in un stato più avanzato, in cui è distrutto il cilindrasse. Nei casi cronici si trova iperplasia dell' endonevrio di aspetto gelatinoso.

X. Un caso di dislocazione della testa del femore nel foro otturatore trattato colla escisione. Turner in caso di dislocazione della testa del femore nel foro otturature, da lui osservato circa tre mesi dopo la sua fermazione, non potendo per nulla portare nel suo posto naturale la testa del femore, la escise.

Quasi un anno dopo le condizioni dell'ammalato

erano piuttosto soddisfacenti.

XI. Un caso di febbre scarlattinosa curata col siero antestreptococchico. Knyvett Gordon nel caso osservato in persona di un ragazzo a 6 anni, dopo alcune iniegioni di siero-antistreptococchico (10 cc. per volta) si ebbe nna rapida guarigione.

XII. Uno nuovo metodo di topografia cerebrala. Roberc.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

REGEO D' ITALIA

Provincia di Macerata, Mandamento di Recanati COMUNE DI MONTEFANO

Avvise di concerse

A seconda della deliberazione consiliare n. 88 del 7 caduto gennaio, resa esecutoria dal sig. Prefetto della provincia con visto del 27 dello stesso mese, si dichiara aperto il concorso a due uguali condotte medico-chirurgiche esistenti in questo Comune.

Chiunque desidera aspirarvi dovrà entro il volgente mese di febbraio, spedire a questo ufficio la sua ietanza, redatta in carta da ceut. 50, franca di Posta, e corredata dai seguenti documenti in originale, o in copia autentica, esclusi affatto i transunti.

1. Fede di nascita e di sudditanza italiana.

2. Certificato di sana fisica costituzione.

8. Situazione di famiglia da cui risulti se il concorrente sia celibe, vedovo od ammogliato, ed in questi ultimi casi se abbia figli e quanti.

4. Documento di non incorsa criminalità.

5. Simile sulla condotta morale, civile e politica e di buon servisio da rilasciarsi dalla Giunta Municipale del luogo, ove egli ha domicilio e risiede al presente.

6. Documento legale comprovante che il concorrente non ha superata l'età di anni trentacin-

7. Diploma di laurea e di libero esercizie in medicina e chirurgia.

8. Finalmente i requisiti dimostranti la capacità e il merito nella professione.

I documenti di cui ai numeri 2, 8, 4 e 5 devono essere di data posteriore all'avviso del concorso.

L'eletto dovrà esser tenuto al servizio sanitario tanto medico che chirurgico nell'interno del Comune e per tutti quanti gli abitanti, sensa eccezione qualsiasi, in unione all'altro collega parimenti medico-chirurgico, ed è strettamente obbligato a tutte le prescrizioni, si emanate che da emanarsi dal regio governo e dal municipio.

L' assegno è fissato in L. 2800, pagabili in eguali rate mensili posticipate, con l'obbligo però di cavalcatura a suo carico, e va soggetto alla ritenuta per gli effetti della tassa ricchessa mo-

biie e della pensione.

Egli dovrà essere tenuto all'innesto del vajuolo

senza gratificazione alcuna,

Se il municipio fosse obbligato, per imperiosa disposizione di legge, a restringere in favore soltanto dei poveri il servisio sanitario da esso retribuito, in tal caso il surriferito assegno di Lire 2800, verra equamente ridotto a giudizio del municipio stesse, restando in corrispettivo a profitto dell' eletto la percezione della tariffa da stabilirsi per le visite ai malati non appartenenti alla classe povera.

Entro 20 giorni dalla data della partecipazione di nomina, l'eletto dovrà dichiarare l'accettazione, ed assumere entro quaranta giorni successivi al più tardi l'esercizio della condotta, giustificando di avere rinunciato a qualunque al-

tro impegno assunto in precedenza.

Scorso inutilmente questo lasso di tempo, il consiglio sarà in facoltà di procedere a nuova elezione.

La condotta non potrà essere abbandonata prima di due mesi dalla emessa rinuncia.

Montefano, 1 febbraio 1897.

La giunta municipale

C.te Carlo Carradori C.te Ruperto Tambroni Raffaele Magnoni Carmine Jommi Aristodemo Egidi

Avv. Alessandro Egidi Segretario

Sommario. — 1. Il progresso terapico internazionale. La chirurgia in Germania. - 2. Lavori originali. Un nuovo caso di edema della papilla per focolaio cerebellare o para-cerebellare curato con la craniectomia, pel prof. Arnaldo Angelucci. - 3. Attualità terapiche. - 4. Nostre corrispondense dalle Cliniche. -5. Pratica della Terapia medica. — 6. Chirurgia pratica. — 7. Terapia pediatrica. — 8. Formulario.

IL PROGRESSO TERAPICO INTERNAZIONALE

La chirurgia in Germania

I. Risuitati ettenuti nella chirurgia delle stemace. C. Lauenstein, seguendo l'esempio di Billroth e dei suoi scolari e quello di Kroenlein, comunica i risultati da lui ottenuti nella chirurgia dello stomaco, i quali possono contribuire a far giudicare il valore degli sforzi chirurgici, fatti in questi ultimi anni, in questo campo.

Si può in tal modo soltanto, dare un giudizio esatto, sullo stato presente della chirurgia dello

stomaco.

L'autore propende, in seguito ai risultati ottenuti nelle resexioni del piloro e per gli insuccessi avuti nella piloroplastica, per la gastroenterostomia. Nei casi di carcinoma havvi il pericolo di avere quasi sempre una recidiva, perche non tutti i germi del tumore, sparsi qua e la, sono accessibili all'occhio ed al tatto. Inoltre è da considerare il pericolo della resezione del piloro, in confronto della quale la mortalità in seguito a gastro-enterostomia è di gran lunga minore. La resezione del piloro può farsi, secondo l'autore, soltanto in quei casi, che pervengono assai presto nelle mani del chirurgo ed in cui il tumore è ben delimitato e le glandule linfatiche non sono ammalate.

La gastro-enterostomia è indicata (anche secondo l'impressione che ha ricevuto l'autore dalla recente letteratura) nei casi di ulcera dello stomaco, senza contemporaneo restringimento del piloro e qualunque sia la sede della medesima. L'autore infatti ebbe esito buono in un caso di ulcera, operato con la gastro-enterostomia.

II. Ernia retro-periteneale incarcerata. Schulz riferiece un caso, che offriva alcune difficoltà nello stabilire un'esatta diagnosi e da dei dati, che fanno precisare la diagnosi di ernia interna strozzata o per lo meno di uno strossamento interno.

Il rigonfiamento ed i sintomi di stasi di un distretto di vasi linfatici posto perifericamente al punto strozzato (regione inguinale, scroto) insieme ad una grande dolorabilità delle parti rigonfie, costituisce un segno caratteristico dello strozzamento di ernia interna e ciò si avvera specialmente nelle ernie mesogastriche ed ipogastriche (Brösicke).

Dal punto di vista pratico è necessario di stabilire la diagnosi di incarceramento dell'intesti-

razione.

III. Un caso di ancurisma artero-veneso essificante tranmatico. - Wold. Fiok comunica un caso di voluminoso aneurisma artero-venoso ossificante, avente sede nella coscia destra e precisamente sulla linea aspra del femore. Questo tumore erasi svolto in seguito a rottura dell'arteria e della vena profonda del femore determinata da un forte trauma.

Ciò che rende caratteristico il caso comunicato dall'autore è la neoformazione ossea insorta nella parete fibrosa dell'aneurisma, di cui si conoscono nella letteratura due soli altri casi pubblicati da Schottin e Van Arsdale,

IV. Sulla tecnica della cistotemia seprapubica. R. Stierlin consiglia di stare attento anzitutto ad un'eventuale forte riempimento della vescica, in cui bisogna permettere soltanto la presenza di 200 cc. di liquido negli adulti e 120 150 cc. nei bambini. Quanto più grosso è il calcolo, tanto più antica è la cistite e tanto più prudentemente bisogna agire.

L'interione di liquido in vescica deve essere fatta con una siringa graduata. La vescica, dopo estratto il calcolo, si fissa alla parete addominale, il che può, secondo alcuni autori danneggiare la funzione di quest' organo, ma ciò non è che un preconcetto, perchè l'autore in 81 caso mai 03servò disturbi postumi; in un caso fuvvi leggiera incontinenza, che scomparve dopo due sedute di correcte faradica. Rasumowski, che combina la sutura della vescica con la cistopessia non ha osservato alcuna conseguenza cattiva. Del resto l'autore toglie dopo 3 giorni i punti di sutura, che tengono fissa la vescica, in guisa che le possibili e recenti aderenze già formatesi possono facilmente essere lacerate dalle contrazioni della vescica.

Inoltre l'autore fa rimanere in permanenza in vescica un catetere, per evitare l'accumulo della urina, ma non prolunga di molto tale permanenza per evitare l'uretrite, che talora è causa anche della formazione di un ascesso nelle glandule di Cowper.

Con questa tecnica ha ottenuto risultati soddisfacenti.

V. Un caso di prelacso di un diverticele aperto di Meckel nell'embelice. F. Sauer pubblica un caso di diverticolo di Meckel aperto, in cui la diagnosi offriva in principio delle difficoltà e che fu poi operato felicemente. Di casi simili, sinora noti, se ne trovano 24, di cui 19 sono morti dopo la operazione.

VI. Sulla patologia e chirurgia dei pancreas. P. Senler pubblica un caso unico di ingrossamento della testa del pancreas felicemente operato e che allo esame microscopico del pezzo si vide trattarsi della presenza di glandule linfatiche tubercolari poste nell'estremità del pancreas.

Vil. Suile scettature. P. Tschmarke, dopo avere no, per procedere al più presto possibile all'ope- esposto le varie teorie esistenti sulla causa di morte negli scottati e dopo di avere indicato i

vari messi farmaceutici, che sono stati adoperati dura, che non si potea percepire alcuna fluttuain varie epoche e da vari medici, viene alle seguenti conclusioni:

1. Ogni scottatura è da riguardarsi come una ferita per la quale si può avere un'infezione lo-

cale e talora anche generale.

2. Nel trattamento delle scottature, di qualunque grado, bisogna principalmente badare ad evitare un'infezione. Questo si ottiene con la pulisia attenta dei punti scottati e della regione circostante, con l'apertura delle vescichette e col porvi sopra della garza al jodoformio sterile.

3. I reperti anatomo-patologici, che sono stati descritti, spiegano certi sintomi minacciosi che si hanno negli scottati, ma non spiegano la morte.

4º La causa della morte è riposta in un abbas samento, prodotto per azione riflessa, del tono vasale, e nella paralisi cardiaca consecutiva.

5. La morte in seguito a scottature, può aversi anche nei primi giorni della malattia per sepsi.

VIII. Sulla conescenza della lesiene degli organi addeminali (diaframma, milza, fegato) operata da forza contundente. Trapp pubblica un caso riguardante un individuo, che, in seguito ad un accidente, cadde da un carro sul selciato e la ruota posteriore del carro gli passò sulla parte inferiore della regione dorsale.

Alla sezione cadaverica l'autore notò un ascesso del diaframma dovuto a lesione di questo muscolo, la quale ultima costituisce un reperto relativamente raro, come si può desumere dai casi raccolti da Matthisson nella sua tesi (1889); solo recentemente Leditsch ne pubblicò un caso, in cui il diaframma si era rotto nella sua metà destra in seguito a caduta sul fianco destro.

L'autore fa notare, che la lacerazione estesa dalla milza, come fu osservato nel suo caso, non diede luogo che a pochi sintomi e non a versamento profuso di sangue nella cavità addominale, ed il poco sangue venuto fuori, ebbe tempo di incapsularsi per mezzo delle preesistenti briglie connettivali, che circondavano la milza.

Inoltre nessun sintoma si notò in vita, che potesse far diagnosticare una lesione epatica, poiche mancava il versamento libero, la dolorabilità locale ed il dolore della spalla destra. L'ittero che egli osservò, non è un segno patognomico di rottura del fegato, perchè esso si ha, secondo E d l e r nel 21,0% dei casi, ed è costante nel caso di rottura delle vie biliari, in cui però non dà mai luogo a peritonite, perchè la bile, in condizioni normali dell'organismo, è asettica; tuttavia bisogna evitare la sua permanenza nella cavità peritoneale per ovviare agli inconvenienti dell'assorbimento di bile, il che si raggiunge con la puntura addominale.

IX. Un caso rare di ciste sanguigna congenita del colto e della fossa ascellare. P. Kaczanowsky osservô in un bambino dell'età di anni 4 un tumore voluminoso del collo e dell'ascella, che, secondo le asserzioni della madre e della nutrice, datava dalla nascita due mesi. La consistenza dei due tumori era cost

zione.

L'autore ottenne risultati insperati dalla compressione metodica dei tumori, i quali dopo due settimane mostravansi già rimpiccioliti e dopo 4 mesi non esservavasi di essi più alcuna traccia.

Il caso è degno di nota per la grande rarità del volume che raggiunsero queste due cisti sanguigne, le quali erano grosse quanto un pugno Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 44, Heft u. 4, 1897). Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

UN NUOVO CASO DI EDEMA DELLA PAPILLA PER FOCOLAIO CEREBELLARE O PARA-CEREBEL-LARE, CURATO CON LA CRANIECTOMIA, per il prof. ARNALDO ANGELUCCI.

I risultati ettenuti nella mia Clinica in tre casi di edema di papilla da focolajo cerebrale. curati con la craniectomia (1), mi fecero talmente persuaso della efficacia di tale operazione, che non indugiai a ricorrervi in un quarto caso ove il complesso dei sintomi indicava chiaramente la presenza di un focolajo cerebellare o para-cerebellare. Eccone la storia clinica.

16 luglio 1896. — Gibino Calogera, di anni 81, da Naro, maritata, ha quattro figli viventi e sani. Niente di notevole nel gentilizio. Sei anni addietro soffri di influenza e quattro anni addietro di tifo addominale, che durò 86 giorni.

Dall'aprile del 1895 accusa facile stanchezza nel camminare e nell'eseguire sforsi muscolari; da allora comparve cefalea non molto intensa e ad intervalli piuttosto lunghi.

In decembre la cefalea si fece più acuta e ad accessi ravvicinati, colpiva la regione frontale ed anche l'occipitale con carattere lancinante di la si diffondeva in basso giù per la nuca: l'ambascia le toglieva il sonno. La debolezza muscolare si accentuò ancora più, così l'andatura divenne barcollante tanto da costringere l'inferma a guardare il letto.

Ai fatti sopra detti si aggiunse vertigine ad accessi frequenti e vomito dopo il pranzo e talvolta a digiuno senza essere accompagnato da nausea. Comparvero inoltre fenomeni convulsivi che susseguirono a spasmi clonici e poi tonici del facciale sinistro, spasmi notati dall' inferma fin

⁽¹⁾ Angelucci.—Gli effetti della trapanazione de. cranio nell' edema della papilla da tumore cerebrale. «Archivio di oftalmologia» anno III, pag. 84. La cued erasi ingrossato considerevolmente negli ultimi ra chirurgica e la prognosi dell'edema di papilla, nei tocolai cerebrali. Loco cit., anno III, pag. 2861

dall'ottobre 1895; le convulsioni venivano ad accessi, frequenti, ma non duravano più di un quarto d'ora-

Gennaio 1896. — L'inferma è spesso sorpresa da deliqui della durata di mess'ora, accompagnati da perdita completa della coscienza, non da veri tenomeni convulsivi. Soffre stitichessa ostinata e perdita involontaria delle urine, associata a ritensione.

Aprile 1896. — La forza visiva si è abbassata; momenti di visione chiara si alternano con periodi in cui l'ammalata non vede affatto.

7 luglio 1896. — In questi ultimi tempi il vomito è cessato, gli accessi di deliquio sono rarissimi, sono scomparsi i disturbi della vescica e del retto, continua però la forte cefalea frontale ed occipitale, la debolessa generale e l'andatura barcollante.

Si presenta in Clinica perchè oltre a questi fatti accusa un rapido abbassamento di visione in pom tempo.

Stato presente (10 luglio 1896).

Donna di costituzione scheletrica normale, muscoli mediocremente sviluppati, pannicolo adiposo sottocutaneo in discreta quantità, nutrizione abbastanza bene conservata, colorito della cute palido. Temperatura fisiologica. Puls. 94; Res. 28.

Motilità. — Nessun disordine nel campo d'innervazione del facciale d'ambo i lati. Pupille midriatiche, eguali, regolari, la sinistra non reagisce alla luce, la destra pochissimo e assai lentamente. Nessun disturbo nei muscoli estrinseci dell'occhio.

La lingua può essere cavata fuori le arcate dentarie e venire mossa in tutti i sensi. L'ugola e il velopendolo sono normali.

Con gli arti superiori esegue qualunque movimento: non vi è tremore: l'inferma si stanca facilmente. Nessun disordine trofico della cute, del connettivo sottocutaneo, delle ossa e dei muscoli; forsa muscolare a destra 15 a sinistra 5.

L'inferma compie bene i movimenti di flessione ed estensione dell'articolazione del ginocchio, del piede, delle dita, ed anche i movimenti di adduzione ed abduzione delle cosce. Però può elevare di poco gli arti inferiori sul livello del letto; in questa posizione essi possono rimanere ben poco, stancandosi facilmente.

Nell'eseguire i movimenti passivi si nota che i muscoli sono flaccidi. Nessun disordine trofico. Forza muscolare minima.

L'inferma sta bene all'impiedi quando ha le gambe alquanto divaricate; facendole ravvicinare i piedi essa oscilla leggermente, si mantiene però

sempre ritta ; le oscillazioni non aumentano facendo chiudere gli occhi. Non può stare su di un piede.

L'andatura è a piccoli passi; camminando in linea diritta essa spesso vi riesce, ma talvolta barcolla come ebbra ed anche minaccia di cadere. Le riesce difficilissimo lo scendere ed il salire le scale e ciò non le è possibile sensa appoggio.

Riflessi tendinei. — Manca il clono del piede, indebolito il riflesso rotuleo sinistro, quasi del tutto scomparso il destro. Negli arti superiori non si riesce a provocare i riflessi tendinei.

Riflessi cutanet. — Vivaci i riflessi plantari e gli addominali. Vivace il riflesso faringeo.

Sensibilità integra. Esistono zone isterogene nelle due regioni ovariche e sulle due regioni mammarie.

Organi dei sensi. Udito.—Nell'orecchio sinistro la funzione uditiva è indebolita; l'inferma vi avverte un continuo ronzio. A destra udito normale. Negativo l'esame otoscopico.

Gusto od olfatto notevolmente indeboliti.

Vista. — A destra manca la sensazione della luce, l'inferma non sa dire da quanto tempo l'abbia perduta; a sinistra V=1/12.

Diagnosi clinica. — Tumore endocranico (glioma?) con probabile sede cerebellare o para-cerebellare. Questa diagnosi è poggiata specialmente sui sintomi di astenia, atassia modica, iridoplegia, amaurosi, cefalea, vertigine, vomito, convulsioni, edema della papilla e disturbi dell'udito.

8 lugito 1896.—Lamenta un abbassamento rapido di visione insorto da qualche giorno in seguito, come essa dice, ad un accesso di deliquio e ad un aumento di cefalea e di debolezza generale; un giorno prima dell' operazione il suo stato visivo era OD=0; OS=140.

Esame oftalmoscopico.—OD — Papilla del NO bianco grigiastra torbida con contorni sfumati, vene turgide e tortuose; la papilla è evidentemente a un livello più anteriore del resto del fondo; i vasi al margine di essa fanno un manifesto ginocchio. Non si riscontrano emorragie nè essudazioni nella papilla, nè presso i vasi, nè sul resto del fondo oculare. Attorno alla papilla notasi un anello pigmentato.

OS. — Il processo di atrofia è qui meno marcato, la metà interna della papilla (IR) è bianco, grigiastra, però la porzione esterna è roseo-grigio-torbida. Quanto al resto come all'OD.

20 luglio 1896. — Essendo l'inferma sotto la narcosi clorotormica si fa sulla nuca a sinistra una incisione curvilinea, a convessità inferiore, in modo da scoprire la linea che congiunge la bozza occipitale con l'apofisi mastoide. A metà di questa linea si applica una corona di trapano del diametro di 2 cm. Aperta la dura madre con taglio a croce esce poco liquido, subito il lobo sinistro del cervelletto fa ernia nella breccia. Si affonda una incisione nella sostanza cerebellare, che viene trovata arrossata.

Si zaffa con garza al jodoformio e si fascia.

21 luglio. — Decorso afebbrile, condizioni generali ottime, il dolore di testa è diminuito.

22 luglio.—Afferma di vedere meglio con l'OS. La fasciatura è inzuppata di liquido siero-sanguigno; si trova il cervelletto fortemente erniato nella breccia ossea. Fognamento, sutura del lembo e fasciatura compressiva.

28 luglio.—Decorso sempre afebbrile, vengono tolti i punti residuali e il fognamento.

Le condizioni generali e la vista sono migliorate. La medicatura si trova fortemente inzuppata di liquido sieroso. Il dolore di testa e la vertigine sono scomparsi.

30 luglio.—OS. V='[so Ad outa del miglioramento della visione lo stato oftalmoscopico è poco variato. L'ammalata lascia il letto. La sua andatura è più sicura.

2 agosto. — Ha avuto vertigine, vomito, l'andatura è tornata atassica come pel passate. Questa ricaduta coincide con una elevazione assai forte di temperatura atmosferica 48°-45° centigradi che durò qualche giorno. La medicatura fu fino ad eggi abbondantemente insuppata dal liquido cefalo-rachidiano.

7 agosto. — Lo scolo del liquido cefalo rachidiano tende a diminuire. Esame oftalmoscopico.

OD. Velatura periferica sulla papilla biancaetra,
vene ancora tortuose e rigonfiamento lieve della
papilla V=0. OS. Papilla meno bianca nella regione nasale, in alto del colore normale, alquanto
prominente, nei margini ed anche nel disco lievemente opaca, vasi alquanto tortuosi V=100.

5 novembre 1896. — Il medico curante per lettera informa di questo stato generale. Visione alquanto migliorata. Soffre di convulsioni epilettiformi'e vomito. L'andatura è barcollante, la cefalea continua.

Nella parte più essenziale, cioè nel ricupero di un certo grado di forza visiva e nella conservazione di questa si accomuna il presente caso coi risultati da me ottenuti nelle osservazioni precedenti.

Qui abbiamo un soggette che in tre mesi perde della crar completamente la visione a destra. A sinistra papillare.

mantiene allo spirare di questa epoca ¹/₁₂ di visione, che in una settimana coll'aggravio dei sintomi generali scende a ⁴/₄₀. Operata di urgenza, il potere visivo dell'occhio sinistro sale dopo pochi giorni ad ⁴/₂₀, scende poi ad ⁴[₂₀, quindi a dire della inferma, consultata ultimamente per lettera, risale alquanto e tale si mantiene oggi, sei mesi dopo la operazione.

Lo scetticismo che volesse riferire il miglioramento del visus ottenuto stabilmente fin' oggi a una pura coincidenza e non all'atto operatorio urta da prima contro il fatto clinico che insegna rapidamente progressivo il processo papillitico e la cecità nei focolai intracranici che al pari del presente caso non accennano con la remissione degli altri sintomi ad una guarigione spontanea, poi contro la esperienza surta da altre osservasioni in cui la oraniectomia recava immancabili vantaggi. A sostegno di questa tesi servono anche due miei casi a cui ora aggiungo recenti particolari (1).

Eleonora Chiarello (craniectomia ed estirpazione del focolaio residente nella zona rolandica di destra) nel giorno della operazione, 29 marzo 1895, OD percesione luminosa, OS conta le dita a 15 centim. 10 aprile 1895, OD conta le dita a 80 centim. OS conta le dita a 2 metri. 10 aprile 1896, OD vede i movimenti della mano a pochi centimetri, OS stato idem, gennaio 1897 stato idem, per l'OD. con l'OS. conta le dita a 8 15 m. circa.

Abbate Antonino (craniectomia sulla bozza frontale sinistra per focolaio paracerebellare) nel giorno della operazione, 8 aprile 1895, OD. conta le dita a 20 centm. OS. apprezza a 20 centm. i movimenti della mano; 10 aprile 1895 OD. conta le dita a 40 centm. OS. conta le dita a 20 cm. 21 aprile 1895 OD. conta le dita a 2 metri. OS. conta le dita ad 1 metro; 10 giugno 1896 percezione dei movimenti della mano a 20 centim. nei due occhi; conservò questo stato di visione fino al giorno della sua morte avvenuta in ottobre 1896.

Riguardo alla scomparsa dell'edema della papilla dopo la operazione, il caso presente da presa a importanti considerazioni cliniche: nei tre che già pubblicai, la scomparsa dell'edema papillare avvenne rapidamente; pochi giorni dopo la cra-

⁽¹⁾ Un altro dei casi che pubblicai concerne una fanciulla già resa cieca per edema della papilla; unico effetto della craniectomia f\u00fc la rapida scomparsa dell' edema papillare.

niectomia il disco ottico era scevro di edema e i margini apparivano precisi; qui invece due settimane dopo la craniectomia, il rigonfiamento e la opacità papillare e peripapillare, sebbene in grado minore, esisteva tuttora. In questo più che negli altri miei casi, si ebbe dopo la craniectomia, abbondante uscita di liquido; è logico quindi ritenere che la quantità del liquido cefalo-rachidiamo fuoriuscente dalla ferita e la rapidità della scomparsa del processo papillitico non stiano in rapporto aritmetico.

Negli altri miti casi la cranicatomia fu praticata una volta sul selco relandico, due volte nella regione frontale, quindi in prossimità maggiore ed in rapporto diretto col grande lago silvisno dove muove la linfa per il nervo ottico. Sta in questa circostanza la differenza clinica già segnalata? È ciò ch'io ignoro.

Nell' inferma di cui tratto, il prognostico non è lieto; essa è presumibilmente destinata a soccombere, perchè alla craniectomia non fu possibile unire la estirpazione del focolaio; forse negli ultimi periodi di sua vita discernerà appena; non per questo la operazione eseguita su lei fu superflua; ad essa si deve quel grado di visione che l' inferma conserva tuttora.

Se confronto il quadro clinico che offrirono, dopo avvenuta la operazione i miei quattro casi sia che questa vestisse natura palliativa limitandosi alla sola craniectomia, o l'intervento risultasse radicale con l'estirpazione del focolajo, noto che i fatti oculari più che gli altri, trovano dalla operazione maggiore sollievo.

La Chiarello (operazione radicale) gode oggi una visione relativamente buona, nell' OS più alta di quella che ricuperò dopo l'intervento, ma è rimasta emiplegica, i dolori di testa e gli accessi epilettoldi non sono scomparsi sebbene siano diminuiti d'intensità e di frequenza:

Lo Abbate e la Gibino (operazione palliativa) a mezzo della craniectomia ricuperano un modesto grado di visione; gli altri sintomi sostano, ma per breve tempo; quindi riprendono il loro corso, sicchè della sublta operazione resta loro unico guadagno e conforto non lieve il grado della visione riscquistata che indugia tenacemente nello spegnersi.

Questo nuovo caso e lo stato di visione odierna della Chiarello, giungono quindi a conferma delle opinioni che espressi: la craniectomia reca costantemente nell'edema della papilla da tumore cerebrale o cerebellare un aumento nel visus; tale

guadagno persevera e può progredire nei soli casi ove alla cranicctomia si unisca l'esfirpazione del focolaio.

ATTUALITÀ TERAPICHE

 Sulla cura delle malattie nervose e mentali con gli estratti di organi. — 2. Sulla cura chirurgica del gozzo.

A. Robertson. — Sulla cura delle maiattie nervose e mentali son gli estratti di organi.

Gli esperimenti furono fatti col cervello fresco di capra, con la cerebrinina (estratto di corteccia cerebrale), estratto di tiroide, col liquido testicolare di Brown-Sèquard, col timo, con le capsule surrenali.

La mielina o cervello fresco di capra fu sperimentato in 17 infermi, 6 di malinconia, 8 di mania cronica, 2 di parancia, 1 di demenza, 6 di malattie organiche del midollo spinale. Il risu'tato migliore si ebbe in un caso di demenza primitiva, in cui, tre giorni dopo il principio della cura, si notò un sensibile miglioramento dei fenomeni psichici e somatici, tanto che l'infermo prima impossibilitato a camminare, fu in grado di muovere qualche passo, e 6 settimane dopo, il miglioramento era così notevole, che l'infermo, lasciò l'ospedale e potè attendere alle sue faccer de.

Condimeno la guarigione, in questo caso, era lungi dall'essere completa. Buon risultato diede pure la cura in due casi di malinconia ed in un caso di mielite cronica. In tutti gli altri infermi in cui fu sperimentata la mielina, non si ebbe ne miglioramento ne peggioramento.

La cerebrinina è identica alla mielina, ma più concentrata. Fu adoperata dall' autore in 5 casi di malattie mentali, mania e melanconia, alla dose quotidiana di 2 gr., in un caso 4 gr. Due casi di melanconia migliorarono, 1 restò immatato; nei casi di mania si elbe esservizione dell'eccitabilità.

L'estratto di tiroide, in forma di tavolette, fu sperimentato in 5 infermi, di cui 8 di demenza, 1 di mania cronica, 1 di melanconia cronica. Solo in quest'ultimo caso si ebbe un miglioramento psichico di breve durata.

Tutti gli infermi sottoposti a questa cura perdettero 4-5 kgr. di peso, ad eccezione di un caso di mania cronica, il cui peso del corpo diminui soltanto di 1₁2 kgr.

Il liquido testicolare di Brown-Sèquard fu usato in due donne di 50 anni, di cui una soffriva malinconia stuporosa ed una di paranoia. Ogni due giorni si iniettava loro sotto la pelle una boccetta di liquido. Non si osservò alcun miglioramento dello stato psichico come effetto della cura, nè alcun miglioramento dello stato generale.

Le tavolette di timo non farono adoperate dall'autore in casi di psicosi; bensi in un ragazzo che soffriva di linfo-adenoma, il quale non risenti alcun miglioramento dalla cura.

L'autore riassume nel seguente modo i risultati ottenuti.

Pare che la mielina e la cerebrinina contengano una sostanza che ecciti le cellule e le fibre nervose dell'uomo, in certi stati morbosi di questi tessuti. Anche l' A u l d è di opinione che quelle sostanze abbiano un' azione tossica sul cervello e sul midollo spinale.

Entrambe hanno la proprietà di non essere affatto dannose. Se ne possono amministrare fino a 4 tavolette, 8 volte al giorno. Sono efficaci sopratutto nei disturbi psichici incipienti o già sviluppati e nella neurastenia. Le tavolette debbono preferirsi al cervello fresco prima usato. In quanto ai preparati di tiroide, il principio attivo di questa ghiandola, il quale molto probabilmente è affine al jodo, è senza dubbio dotato di molta energia, ed agisce oltrechè sul mixedema e sul cretinismo, sul ricambio materiale generale, che viene notevolmente accelerato, in modo da aversi dimagramento, sebbene non sempre. L'estratto di tiroide è capace di migliorare lo stato psichico in certe psicosi.

Pare che la sua efficacia sia limitata a quei casi recenti, in cui le cellule nervose della corteccia non hanno ancora subito notevoli modificazioni. Bruce, Macphail, Clark, Babcock, ne hanno ottenuto buoni effetti.

Secondo questi autori, la tiroide deve essere adoperata in quei casi in cui la malattia minaccia di passare allo stato cronico, specie nella mania generale e nella lipemania, negli stati stuporosi, nelle psicosi puerperali e climateriche.

Le iniezioni di liquido di Brown-Sèquard non hanno avuto, nei casi dell' autore, alcun effetto curativo.

In conclusione, nella tiroide e nell'estratto di cervello, abbiamo mezzi che meritano di essere adoperati in alcuni casi di psicosi (Therapeutische Wochenschrift, n. 8, 1897).

De Grasia

Doubre. — Sulla eura chirurgica del gezze.

Nelle operazioni sulla tiroide, la conoscenza anatomica della capsula che ricopre la ghiandola ha un'importanza grandissima. La tiroidectomia può essere extra-capsulare quando è parziale, o intra-capsulare quando è totale.

La tecnica operativa sulla tiroidectomia extracapsulare comprende cinque tempi:

- 1º incisione delle parti molli;
- 2º liberazione del tumore;
- So legatura e taglio delle arterie;
- 4º taglio del peduncolo;
- 5º suture.

L'incisione delle parti molli deve sorpassare i limiti apparenti del tumore.

La liberazione del tumore è sopratutto difficile nel gozzo invecchiato, per le aderenze che si sono stabilite con le parti vicine a causa di emorragie, di processi inflammatori, di iniezioni irritanti; in questi casi, invece di ostinarsi per

la liberazione del tumore, é preferibile perforare la capsula, e terminare l'operazione con la enucleazione in massa.

Nella legatura dei vasi, per evitare di legare anche i nervi, Kocher lega i tronchi arteriosi, Wölfler invece le branche terminali. Le vene, sarà meglio legarle tardivamente, perchè si lacererebbero tirando i fili durante l'operazione.

Nella regione del peduncolo il pericolo maggiore da evitare è l'infossamento della trachea, quando questa non è più sostenuta dal peduncolo. Quando si sospetti che ciò possa avvenire, sarà bene di lasciare un pesso di tumore, ovvero passare un filo (Kocher, Maas) in ciascuna delle pareti laterali della trachea e legario allo sternocleido mastoldeo corrispondente.

Le suture devono lasciare nei piani profondi un'apertura per poter far passare un drenaggio, che serva a favorire lo scolo siero-sanguinolento che si produce abitualmente per alcuni giorni, per quanto esatta sia stata l'emostasia.

Per gli accidenti inerenti alla tiroidectomia extra-capsulare, è meglio praticare l'enucleasione intra-capsulare ghiandolare o in massa.

Nella tecnica operatoria il 1º tempo è lo stesso della tiroidectomia extra-capsulare. Nel 2º tempo, incisione della capsula e liberasione del tumore; bisogna bene accertarsi quando si è sul tumore e in seguito scollarlo con le dita dalla capsula. Nei gozzi antichi e infiammati , in cui esistono forti aderenze con la capsula, è meglio enucleare il tumore dalla sua faccia profonda. Dopo l'ablasione del tumore resta una cavità a superficie sanguinante; per arrestare questa emorragia Poncet affronta la superficie con una sutura al catgut e l'emostasia in questo modo riesce perfettamente.

Nella strumectomia, la tecnica operatoria è quasi la stessa: solo qui l'enucleazione si fa, nodulo per nodulo.

Bisogna fare osservazione a non perdere il contatto del nodulo che si è liberato e ad arrivare sul nodulo vicino per il cammino più breve possibile, in modo da non danneggiare troppo il parenchima interposto.

Un'altra operazione che si pratica sulla tiroide è l'exotiropessia o tiroidectosi. Essa si fonda sul fatto che il gozzo, come ogni altro viscere, abbandonato all'esterno, al coperto dall'infezione, finisce per atrofizzarsi. Da ciò alla mobilizzasione sistematica e terapeutica del gosso non vi sta che un breve passo. Joboulay fu il primo a praticarla : questa operazione consiste nel lussare il corpo tiroide e mantenerlo scoperto. In un 1º tempo si incidono, dalla cartilagine cricoide sino alla forchetta sternale, tutti i piani anatomici finchè si arriva sugli strati pretiroidei. Da questo momento tutta l'operazione si esegue con le sole dita che si fanno scorrere sul limite dei margini laterali, e con i quali si lussano i lobi, uno dopo l'altro, senza penetrare al disotto dei lobi, perchè si rischierebbe di lacerare i vasi, principalmente le vene, e di infossare anche la trachea. Così lussato il corpo

tiroide, sarà ricoperto di garza al jodoformio, specialmente nel solco intermediario ai lobi tiroidei, in modo da impedire l'infiltramento dei liquidi sicrosi nel mediastino, che hanno un'azione irritante sulla pleura, e il cui assorbimento è la cauca della cosidetta febbre tiroidea osservata quasi costantemente dopo l'exotiropessia.

Questa operazione ha un inconveniente post-operatorio, cioè l'infezione che avviene quasi sempre e può propagarsi al mediastino. D'ordinario l'infezione non si estende profondamente, ma rimane superficialmente allo stato cronico.

Tali sono le operazioni che si praticano sul gozzo: riguardo ai loro risultati ecco le conclusioni di Berard:

Le operazioni tiroidee ben regolate, attualmente dirette contro il gozzo, non mettono al coperto di recidive funzionali e anatomiche quando si tratta di malattia di Basedow: esse possono essere, al contrario, considerate come definitive per il gozzo benigno ordinario. Nelle ipertrofle totali molto vascolarizzate, nel gozzo acrtico aderente alla capsula, l'operazione più conveniente è la tiroidectomia parziale. L'exotiropessia sarà limitata agli enormi gozzi carnosi, vascolari, la cui lussasione non presenta alcun pericolo, mentre l'enucleazione sarebbe impossibile e l'escissione arrischiata.

Le enucleazioni possono essere praticate nella

maggior parte dei tumori tiroidei.

Riguardo poi al gosso esoftalmico, Berard aggiunge: Sino al momento in cui la sesione doppia del simpatico cervicale non sarà dimostrata innocua e utile, è cosa più conveniente consigliare da principio la cura medica, e nel caso che questa non dia risultati soddisfacenti e che i disturbi funsioni si aggravino, passare alla cura chirurgica, prevenendo però l'ammalato dei pericoli verso cui può andare incontro (Le Bulletin mèdical, n. 6, 1897).

Mirlo

NOSTRE CORRISPONDENZE DALLE CLINICHE

il nuovo anfiteatro operatorio della Clinica chirurgica di Palermo.

Il giorno 20 gennaio il prof. Tansini inaugurò il nuovo anfiteatro chirurgico costruito nell'edificio pressistente.

Grazie alla solerte ed intelligente cura dell'insigne direttore, che ne diresse i lavori e lo arredamento, esso è riuscita un' opera, che, ottempera alle esigenze umanitarie e dell' inse-

gnamento.

E per vero, un largo ed alto finestrone, che giunge fino alla volta, provvede alla illuminazione generosa del campo operativo. A destra ed a sinistra di questo, si innalsano le gradinate con forte inclinazione, tale che gli spettatori hanno libera a visuale e possono agevolmente seguire lo svolgimento dell'atto operativo.

Il campo d'azione lievemente elissoidale è limitato da alti parapetti i quali si continuano col pavimento in cemento compresso, evitando così spasi morti che riescono di difficile disinfezione.

Esso è arredato con ogni cura, ordine ed eleganza di tutto quanto è indispensabile alla chi-

rurgia asettica.

Un letto in ferro di operazione, ideato e fatto costruire dal prof. Tans in i, ottempera molto bene e con facilissimi maneggi alle esigense di qualsiasi operazione chirurgica. Gli strumenti sono ordinati su appositi sostegni in armadi di ferro e cristallo. Vi sono fornaci a gas pel riscaldamento delle soluzioni antisettiche e dei liquidi, una sterilizzatrice di Schimmel busch per la sterilizzatrice degli strumenti, grandi tavole di marmo fornite di braccia girevoli per sostenere le bacinelle degli strumenti, armadi che racchiudono apparecchi e strumenti di galvano caustica ed occorrente necessario per le indagini cliniche, medicatura e materiale di sutura disposto in scatole di cristallo.

Per la pulisia e la disinfesione delle mani dell'operatore e degli assistenti, provvedono due eleganti lavabi di porcellana bianca con movimento a bascule e con tubo di scarico a sifone, sormontate da mensolette di marmo che sostengono vasche di cristallo contenti soluzioni antisettiche ed acqua sterilizzata, che vi arriva da apposite sterilizzatrici, fatte costruire dal prof. T a n s i n i, sul tipo di quelle di S c h i m m e l b u s c h e che durante l'operasione danno acqua sterilizzata calda che si ottiene da rubinetti opportunamente

disposti.

Àltri lavabi, collocati fuori del recinto, servono alla disinfesione delle mani degli studenti. Il locale è riscaldabile da due grandi stufe.

Nell'inagurare il nuovo anfiteatro, il prof. Tans i ni prende occasione per intrattenere la scolaresca su di un tema proprio d'occasione, ed utilissimo, sui criteri cioè che debbono guidare il chirurgo nella scelta e nella disposizione del locale e dei mezzi prima di accingersi ad una operazione, la preparazione in una parola della camera d'operazione, del tavolo, degli strumenti, dell'operatore.

Indicando l'ambiente tipo od ideale, egli accenna alle difficoltà che si devono vincere per imitarlo nella pratica tanto ospedaliera che privata e, dopo d'aver indicato le proprietà degli anfiteatri chirurgici nei quali v'ha sempre contrasto tra le esigenze umanitarie e quelle dello insegnamento, parla della disinfesione del locale, dell'illuminazione e largamente del riscaldamento.

Ricorda al riguardo la interpretazione dello shok, i precetti della scuola inglese, le ricerche di fisiologia sul raffreddamento e sull'influenza sull'eccitabilità dei gangli cardiaci, quelle del Wagner sul raffreddamento del peritoneo, le proprie sul raffreddamento della pleura.

Dopo brevi parole sul letto o tavolo di operaziore, parla diffusamente sui vari metodi di disiniezione degli strumenti (meccanica e chimica)

e della medicatura, ricordando le ricerche di Davidson, Tripier, Repin, Tavel, Schimmelbusch, ecc., e accenna alle difficoltà di ottenere la sterilizzazione dei fili di sutura e legature e specialmente del catgut ed indica le ultime proposte fatte dai patologi e dai clinici.

Sulla disinfezione delle mani dell'operatore e degli assistenti parla diffusamente, ricordando la ricollezza di parasiti della pelle umana ed indica le pratiche più sicure per ottenerla.

Conchiude con calde parole di amore e culto per la chirurgia, provocando calorosi e prolungati applausi da tutti gli intervenuti.

Ajello

PRATICA DELLA TERAPIA MEDICA

 L'unguento mercuriale nella cura della febbre puerpe rule. — 2. Un tumore cerebrale guarito con la cura interna. — 3. Sulla cura delle cetales.

L'anguente mercuriale nella cura della febbre puerperale. A. J. Jwanoff. — La cura mercuriale nella febbre puerperale fu introdotta nel 1764 da Hamilton e trovò molti seguaci nella prima metà di questo secolo, ma in seguito fu completamente abbandonata.

Nei primi tempi, la cura mercuriale era limitata al calomelano, che si somministrava alcune volte al giorno in dosi maggiori o minori. Nel 1807, il Dumas, oltre al calomelano, cominciò a servirsi dell'unguento mercuriale.

Ne seguirono l'esempio Chaussier, Dufour ed altri. Nel 1821 Vandenzande in una vasta epidemia di febbre puerperale osservata in Antiwerpen, usò l'unguento grigio in luogo del calomelano con buon successo.

Le frizioni di unguento grigio furono poi adoperate anche da Dusoir, da Oranon, da Lerminier, Laennec e Retzius, il quale usava un miscuglio di 80 ctg, di unguento grigio e 8 12 gr., di joduro di potassio.

La cura veniva continuata fino a che si manifestava la salivazione, il quale fenomeno coincideva per lo più con la scomparsa dei fenomeni infiammatori.

Le numerose osservazioni fatte, spinsero i ginecologi ad ammettere quasi unanimemente che la cura mercuriale, in confronto agli altri metodi curativi dà i migliori risultati nelle forme gravi di febbre puerperale.

Quando fu scoperta la natura batterica delle malattie infettive, il mercurio richiamò l'attenzione dei ginecologi per le sue proprietà antisettiche, ed allora si cominciò ad adoperare il sublimato corrosivo, però si vide subito che il sublimato, adoperato in quella concentrazione necessaria perchè agisca sui germi dell'infezione, riesce, tossico per l'organismo, e quindi i ginecologi si limitarono ad adoperare localmente so luzioni deboli di questo sale di mercurio.

Successivamente parecchi autori credettero op-

portuno ritornare al calomelano ed all'unguento grigio, con cui ottennero migliori risultati che non per lo passato, giacchè avevano cura di associare la cura mercuriale ad un'alimentazione corroborante el all'alcool.

Presentemente i seguaci più ardenti della cura mercuriale nella febbre puerperale sono Winckel e Kehrer. Il primo, seguendo il metodo del Velpeau, da nei casi di peritoritte, ogni due ore 0,05 gr., di calomelano e fa una frizione di 1 gr. di mercurio sull'addome, tostochè la dolorabilità del medesimo comincia a diminuire. Nei casi di piemia egli si limita alle frizioni di un grammo di mercurio ogni due ore, fino a che comparisce la salivazione, cioè dopo 8:10 giorni circa.

Kormann segue il metodo di Winckel, ma al principio della malattia, somministra il calomelane associato alla gialappa, e, quando di sono essudati, associa alla somministrazione interna del joduro di potassio le frizioni di unguento grigio.

Prochownick riferisce 5 casi di essudati peritoficali cronici curati con successo con le fri-

zioni mercuriali.

Kehrer da due volte al giorno con l'intervallo di 4 ore 0,80 0,50 gr. di calomelano e contemporaneamente mattina e sera fa nelle estremità una frizione di 4 gr., di unguento grigio. Lo stesso autore dice che la cura mercuriale da i migliori risultati nella parametrite, nella peritonite parziale e nella metrofiebite (piemia), mentre non è indicata nelle forme settiche e gangrenose della febbre puerperale.

Secondo lui il mercurio agisce come antisettico, perchè o uccide i batteri patogeni stessi o crea nell'organismo condizioni sfavorevoli al

loro sviluppo.

Jwan eff fin dal 1884 cura col mercurio la febbre puerperale, e riferisce nove casi. Fà le prime due frizioni sull'addome, le altre sugli arti; la dose di unguento grigio che adopera per ogni frizione è di 80 gr. e la durata della frizione è di un'ora. Nello stesso tempo le inferme lavano frequentemente la bocca con una soluzione al 4 per 100 di clorato di potassa.

I buoni risultati ottenuti, spingono l' J w anoff a confermare pienamente quelli di Kehrer, ed inoltre egli osserva che il mercurio, malgrado abbia l'effetto di abbassare la temperatura, non

ha conseguenze dannose per il cuore.

E poiché la cura aspettante della febbre punrperale spesso è causa del·passaggio allo stato crouico, alle gravi suppurazioni e rarissimamente alla completa restitutio ad integrum e la sieroterapia non ha avuto ancora applicazioni pratiche nella febbre puerperale, la cura mercuriale per ora, è la migliore (Therapeutische Wechenschrift, p. 4, 1897).

De Grania

J. Althaus.—Un tumere cerebrale guarite con la cura laterna

L'autore comunica un caso, il quale è degno di nota, non soltanto perchè l'ammalata guari di una malattia grave, che ordinariamente è inguaribile con l'uso dei farmachi, ma anche perchè i risultati terapeutici furono ottenuti con gran prestessa.

Si trattava di un tumore cerebrale avente sede nelle circonvoluzioni centrali di destra e che si era lentamente sviluppato dopo il quarto ed ul-

timo puerperio.

La cura, istituita dall'autore, consistè in dosi generose di mercurio e di joduro di potassio. Già al secondo giorno di questa cura fu osservato un miglioramento dell'ammalata, la quale in meno di 6 settimane venne liberata da tutte le sue sofferenze.

In tutte le altre recidive, verificatesi dal 1884 al 1891, ottenne anche l'autore con la cura sud-

detta pronta guarigione.

L'autore ritiene verosimilmente, che la neoplasia, svoltasi nelle circonvoluzioni cerebrali, fosse stata un glioma (!), poiche nell'anamnesi era estlusa ogni infezione sifilitica, e crede causa della neoformazione un trauma sofferto dall'ammalata 21 anni prima della comparsa dei sintomi del tumore cerebrale.

L'autore avvalora questa sua opinione col caso occorso a Sir Benjamin Brodie, in cui dopo 28 anni da un trauma sofferto alla spalla destra, ebbe a soffrire in questa regione per lo sviluppo di un sarcoma (Zeitschrift f. prakt. Aerate, n. 1, 1897).

Scagliosi

Sulia cura delle cofalce

La cura sistematica del bromuro di potassio nell'emicrania, come fu raccomandata dallo Charcot, raramente secondo Fuchs è indicata nella emicrania semplice non dolorosa, eccetto che questa non assuma una forma grave, in cui il bromuro di potassio può essere efficace, quando gli aktri farmachi sono riusciti inattivi. Invece il bromuro è indicato nell'emicrania oftalmica ed oftalmoplegica. Le dosi si regoleranno secondo l'età e la tolleranza degli individui e secondo l'intensità degli accessi. In generale si può cominciare con la dose di 5 grammi nella 1ª settimana, 6 grammi nella 2ª, 7 gram. nella 3ª. Dopo 1-2 mesi di cura, si ha per lo più un notevole miglioramento, in quanto che è diminuita la frequenza e l'intensità degli accessi. Tostochè questi cessano, si diminuisce gradatamente la dose, ma non si sospende bruscamente la cura, perché possono a-Versi sintomi d'avvelenamento; ansi nei casi ostiuati, in cui si teme che, cessata la cura, si manifestino nuovi accessi, si continueranno a somministrare, per tutta la vita, piccole dosi di bromuro, che allora dovrà essere considerato dall'infermo come un alimento. Perchè non si manifestino, a lungo andere, sintomi d'intolleranza, si prescriva il latte (1-11/2 litro al giorno), lievi purganti

(solfato di magnesia 8-10 grama), bagni saponati. Contro i disordini intestinali, G i I les de la Tourette dà il salolo, sl'a dose di 0,10 grammi per ogni 8 gram. di bromuro. Contro le erazioni di acne, si faranno in loco polverizzazioni di acido berico mattina e sera. Il bromuro si somministrerà 2-8 ore prima della comparsa dell'accesso, in soluzione acquesa, che si mischia, prima di prendersi, con acque succherata o meglio con latte.

Il latte, in quantità di 1-2 litri al giorno, agisce da diuretico e favorisce l'eliminazione del

bromo.

Appoggiandosi all'idea che l'accesso di emigrania è conseguenza di una tossiemia dipendente da disordini intestinali, Herter comincia la cura lavando lo stomaco con acqua a 40°.

Allen Starr ha ottenuto glovamento dalla somministrazione del sale di Bach for d, costituito di 10 p. di fosfato di sodio, 4 p. di solfato di sodio e 2 p. di salicilato di sodio. Prescrive 4 gram. di questo miscuglio a digiuno.

Collin raccomanda contro l'emicrania un miscuglio di fenacctiva, salicitato di sodio e salici-

lato di caffeina.

Ager raccomanda la narcotina, un alcaloide dell'oppio, che nell' India è usato come succedaneo del chinino. Si dà alla dose di 0,12 gram. 7 volte al giorno, dapprima ogni 1,2 ora, poi ogni ora, in modo che l'infermo prende melle 24 ore 0,84 gram. del rimedio. Già dopo la 8ª dose lo accesso si mitiga e cessa gradatamente.

Secondo Schindler, nell'emicrania e nelle cefales nervose in genera si hanne ottimi risultati del bleu di metilene, inefficace nella cefalea sifilitica. La dose è di 0,80 gram, al giorno. Nei beoni la sua efficacia è alquanto minore. In generale è bene tellerato, ma qualche volta dà luogo a fenomeni irritativi del tubo gastro-intestinale e del sistema uropoietico: nausea, bruciore allo stomaco ed all'ano, diarrea, vomito, tenesmo vescicale, bruciore all'uretra, ecc. Ma tutti questi disordini sogliono scomparire dopo 2.8 giorni, sicultà il bleu di metilene può essere considerato come un rimedio intencuo sia a piccole dosi, sia a dosi alte. Inoltre il bleu di metilene ha una spiccata azione diuretica,

Kellog, partendo dal concetto che la causa immediata dell' accesso di emicrania sia una scomposizione del contenuto gastrico, da grande importanza alla dieta e proibisce quei cibi che facilmente si scompongono nello stomaco e formano ptomaine. Proibisce perciò il burro, il cacio, e poi le ostriche, i pesci ed anche il latte, quando c'è forte gastrectasia. Raccomanda molto il koumys e l'uova, anzi in alcuni casi prescrive una dieta esclusiva di koumys e di uova per qualche settimana, per ottenere una favorevole modificazione dello stato dell'infermo. In quanto al caffè ed al thè, poichè essi agiscono disturbando la digestione degli amilacei, si comprende i rapporti che esistono tra l'emicrania e l'uso di questi megzi stimolanti (Therapeutische Wochen-De Grania schrift, n. 8, 1896).

CHIRURGIA PRATICA

Benzet. — Scolla delle sende uretrali pel catetorisme di urgenza

Al medico generico capita talvolta per accidente di osservare un cistopatico e poiche in generale il cateterismo è ritenuto come cosa di poca entità, il medico si accontenta di portare nella sua tasca un catetere smontabile in 2 pessi, che può funzionare per l'uomo e per la donna, in caso di urgenza.

L'autore riprova questa abitudine per varie ragioni e la combatte.

Per il cateterismo della donna, fiat; basta sterilizzare la sonda e questa sarà sempre rispondento allo scopo.

Non è lo stesso però quando biscgna sondare un nomo.

Il catetere metallico ha vari inconvenienti e principalmente quelli della rigidità e la curvatura fissa.

E principalmente quest'ultimo inconveniente è il più grave.

Di fatti, prescindendo dall'eventualità di trovare un' uretra normale, o ammalata, o deforme, non sarà buono lo stesso catetere in due individui il primo sano ed il secondo prostatico poichè nell'ultimo caso occorre servirsi di un catetere la cui curvatura abbia un raggio più lungo.

La curva dell' uretra, varia già nei singoli individui; può essere non solo allungata, ma anche deformata da salienze della prostata ed allora il becco rigido del catetere metallico vi urta e, se il medico è poco accorto, basta un piccolo sforzo un piccolo urto perchè si formi una falsa strada. Ciò può accadere anche se il becco urta contro il cul-di-sacco del bulbo di un' uretra normale.

Il medico può trovarsi per la prima volta di fronte ad un infermo che non conosce, infermo che non urina.

Eliminata l'anuria pel fatto che la vescica è ripiena d'urina, bisogna conoscere quale è la causa che si oppone alla fuoruscita di questa.

Essa può risiedere nella vescica stessa o nell'uretra.

Scartate la rottura dell'uretra e le cause extra-uretrali con l'interrogatorio e l'esame dello infermo, le flogosi uretrali e la ritenzione di urina delle gravi piressie, non rimane che o la stenosi uretrale (sclerosi, spasmo, calcoli, prostata ipertrofica) o la mancata contrattilità vescicale.

La diagnosi di queste cause non può farsi che

previa esplorazione dell'uretra e per ciò fare il medico deve avere sotto mano istrumenti esploratori ed evacuatori di modello diverso.

Per l'esplorazione bisogna sempre preferire le candelette esploratrici del Guyon al cui ostremo trovasi un rigonfiamento olivare. Queste candelette ci diranno con certezza matematica se eciste un restringimento uretrale ed il punto in cui questo ha sede.

Ma può darsi che i restriugimenti sieno multipli e di vario grado ed allora servendoci di candelette di calibro diverso, potremo non solo valutare le varie stenosi, ma exiandio le singole gradazioni di queste.

V'ha un 8° caso, quello cioè che nell' uretra anteriore non esista ostacolo alcuno alla libera emissione dell'urina ed allora, seguendo con il dito lungo il perineo l'estremo della candeletta, se si trova un ostacolo lieve alla ulteriore immissione della sonda esplorativa e questo ostacolo è vinto dal semplice lieve grado di pressione cul catetere, diventando bruscamente libero il cammino della candeletta, si tratta di spasmo dell'uretra membranosa.

Finalmente la sensazione di un corpo rude, resistente, lapideo, percepita con l'esplorazione, ci darà la nozione dell'esistenza di un calcolo uretrale.

Lo studio anamnestico e l'esplorazione uretrale adunque ci permettono di fare la diagnosi causale della ritenzione.

Nel caso di restringimenti multipli e disaguali o di restringimenti totali molto gravi, il medico dovrà avere a sua disposizione tutta una serie di candelette a becco olivare e filiformi.

Per tutti gli altri casi è buona la sonda di Nélaton.

La sonda ad angolo ottuso è buona in caso di ipertrofia della prostata o di spasmo della porsione membranosa dell' uretra, poichè la punta seguendo la parete superiore dell' uretra evita il cul-di-sacco del bulbo e le saliense prostatiche che si trovano sulla parete inferiore.

Finalmente v'ha casi in cui neppure questa sonda è buona ed allora, introducendo nel suo lume un mandrino metallico curvo o a gomito (mandrino di Guyon), avremo una sonda smussa, elastica, flessibile, che risponderà allo scopo perfettamente.

Il mandrino introdotto nella sonda non deve arrivare proprio fino alla punta, ma arrestarsi un poco più in alto.

Ogni medico, dovrebbe esser fornito per ogni eventualità di 6 candelette esploratrici con estremo clivare (n.i 20, 17, 15, 18, 10, 7);

6 candelette filiformi;

4 cateteri elastici (n.i 15, 16, 17, 18);

4 sonde ad estremo olivare (n.i 12, 14, 16, 18);

4 sonde ad angolo ottuso (n.i 18, 15, 17, 18,);

2 mandrini (curvo, a gomito).

Solo con questo ordine noi potremo sempre evitare ogni incidente spiacevole e fare con esattessa quella diagnosi che il catetere metallico è impotente a darci (Journal des praticiens, 80 gennaio, 1897).

Nacciarone

TERAPIA PEDIATRICA

Broom.—La eura del prelasse dei rette nei bambini.

Bisogna distinguere il prolasso parziaie, da quello totale: nel 1º caso, è soltanto la mucosa che è fuoruscita, nel secondo invece è tutto lo spessore della parete rettale.

La patogenesi del prolasso del retto, come dell'utero si può riassumere nella sproporsione tra la solidità dei messi che fissano il retto, e l'importanza degli sforzi che deve subire questa parte dell'intest.no.

Ma esistono tuttavia dei fattori predisponenti. Un primo gruppo di essi, è rappresentato dalle diverse predisposizioni anatomiche che si comprendono nella diminuzione dei mezzi di fissità del retto. Oltre a questo, negli adulti figurano fra le cause predisponenti, il rilasciamento sfinterico dei pederasti, l'indebolimento senile dei tessuti ed in generale le cause diverse di miseria organica.

Nei bambini invece agisce un'altra condizione, la quale è riposta nella conformazione del sacro, per cui, essendo quest' osso più diritto, l'estremità inferiore del retto subisce più direttamente gli sforzi della defecazione.

Un altro fattore etiologico che ha una grande importanza nella patogenesi del prolasso rettale dei bambini, è il rachitismo: difatto, è risaputo quale influenza abbiano i disordini intestinali, caratterizzati il più spesso da periodi di costipazione alternantesi con la diarrea, per aumentare la predisposizione alla procidenza della muco-sa rettale.

Il prolasso del retto non deve esser trascurato ed abbandonato a sè stesso giacchè determina sovente inconvenienti, fra i quali, qualcuno è molto grave.

L'emorragia è rara, ma per eccesione può, per la sua frequenza ed abbondanza, mettere in pericolo la vita.

A causa delle cattive digestioni, il bambino deperisce, col tempo il retto prolassato s'infiamma, s' indurisce e diviene irriducibile, qualche volta paò diventare causa di una occlusione mortale.

Nel prolasso primitivo del retto la prima indicasione generale, è quella della riduzione. È alla portata di tutti il metodo adoperato comunemente per ottenere lo riduzione del prolasso.

Nei bambini dopo pochi minuti che è stata praticata questa manovra, la riduzione si mantiene fino al nuovo atto di defecazione che bisogna sorvegliare con ogni cura. Quello che importa in questi casi è che la funzione duri poco, e sia mantenuta regolare, con l'uso dei clisteri ovvero dei suppositori. Un' igiene alimentare rigorosa, ed al bisogno, una cura farmaceutica appropriata, avranno lo scopo di far cedere la diarrea e la costipazione a cui vanno ordinariamente soggetti i bambini.

Localmente si possono adoperare i clisteri d'acqua boricata fredda che mitigano la rettite, ovvero si metterà a profitto la proprietà astringente della ratania.

Ma sopratutto, bisogna occuparsi dello stato generale.

A questo scopo riescono efficaci: il fosfato di calce, l'olio di fegato di merluzzo, i bagni di cloruro di sodio, etc.

In questo modo, il prolasso diviene meno grave; dapprima non si manifesta più a ciascun atto della defecazione, poscia compare più di rado, ed infine guarisce del tutto.

Broca, tenendo presenti le norme sudette, non ha avuto occasione di ricorrere ai bottoni di fuoco ne ai raggi di fuoco longitudinale sulla mucosa rettale. Queste piccole operazioni praticate e raccomandate nei bambini, sono certamente inoffensive, ma quasi sempre riescono inutili; dell'adulto invece, questi messi non bastano, e bisogna ricorrere a operazioni complesse, difficili, qualche volta gravi e paragonabili a quelle che si adoperano contro il prolasso dell'utero.

In questi casi, si cerca di sostenere il retto, sia restringendo l'orificio anale ed il perineo, con un processo di ano-perineorrafia, sia sospendendo il retto al sacro per la via perineale, ovvero praticando una vera proctopessia, con uno dei processi di Verneuil, Marchant, ecc.

E stata consigliata anche da Jeanne la colopessia che consiste nel fissare l'Siliaca alla parete addominale, ed infine si può arrivare fin alla resessione del retto.

Tutti questi processi hanno dato dei successi, ma le recidive non sono mancate.

Il prolasso del retto negli adulti, è sempre un' infermità ribelle, molto più di quella che si manifesta nei bambini, specie quando la cura è bene indiziata (*Le Bulletin mèdical*, n. 7, 1897).

Bentivegna

FORMULARIO

L'acqua essigenata nel vomilo delle gravide

Già H a y e m e Pi n a r d constatarono che uno dei rimedi più efficaci per combattere questo spiacevole accidente nelle gravide consiste nelle inalazioni di ossigeno.

Ora stante che questo messo non è alla portata della gente povera il G allo is ebbe l'idea di fare prendere alle donne affette da vomito gravidico, acqua ossigenata per via orale.

La somministrazione del rimedio é semplicissima.

Si mette un cucchiaio di acqua ossigenata in un litro di acqua potabile e le inferme la bevono (sola o associata al vino) durante i pasti,

Stando alle osservazioni del Gallois, la guarigione segue come per incanto; già al 2º o 8º giorno le inferme non vomitano più, sempre però che hanno l'accorgimento di non mancare di prendere l'acqua ossigenata al momento dei pasti.

Si tratta in somma di un rimedio semplicissimo, efficace ed innocuo.

L'unica raccomandazione si è che bisogna servirzi di biossido d'idrogeno (H²O²) e non di acqua satura di ossigeno.

L'acqua ossigenata (H²O²) deve arruginire quasi immediatamente il ferro, sul quale si deposita, svolgendo belle di ossigeno libero. Nacciarone

Preparazione doi eleri artificiali

1. Cloruro di sodio gr. 7,50

Acqua distillata e sterillizzata
per q. b. per g. 1000
(Siero chirurgico).

Viene impiegata nel collasso e nella setticemia peritoneale post-operat ria, nell'eclampsia puerperale, nei tifici e negli uremici gravi, nel colera e nelle malattie ⁱnfettive.

z. Acque socimizatos	1101	
Solfato di soda	gr.	10
Cloruro di sodio	•	5
50 a 100 cc. (Hayem)		
9 Palfata di madia		10

litro 1

9 Acons stevilivests

8. Solfato di sodio	gr.	10
Fosfato di sodio cristallizzato	•	5
Acqua distillata	cenc.	100
5 a 25 cc. (Lutaad).		

4. Cloruro di sodio	gr.	4
Carbonato di sodio	•	8
Acqua distillata	•	1000
80 a 50 cc. nell'anemia grave (V i g	n å	a i).

6	Solfato di soda	gr.	8
	Fosfato di sodio	>	4
	(Noruro di sodio	>	2
	Acido fenico	•	1
	Acqua sterilizzata		100
	5 a 10 cc. ogni due giorni (Chéron).	

6. Acqua sterilissata	gr.	100
Fosfato di soda	>	10
Solfato di soda	•	2,50
Cloruro di sodio	•	5
Acido fenico cristallizzato	>	1,50
5 a 10 cc. (Huchard)		·

7. Acqua distillata	g	r.	1000
Jodo puro		>	1
Joduro di potassio		•	8
Cloruro di sodio		>	5
200 a 300 cc. contro la	tubercolosi	ро	lmonar
(De Bensi).			

NOTIZIE

Se l'afasico possa fare un testam ente valide

A les sandro Dumas padre, ha risoluto da gran tempo il quesito dal punto di vista pratico nel suo romanzo di « Monte Cristo», ove si nota un vecchio emiplegico, affetto da afasia assoluta, che manifesta la ua ultima volontà, a messo di un disionario e ammiocando le palpebre.

Mautle di Halifax pubblica recentemente un'osservazione che sembra la riproduzione di quella ideata da Dumas.

L'afasico, tracciava col dito, sui panni, la forme delle lettere. Il notajo e la moglie sapevano che una stetta di mano significava si, e che un colpo sulla mano significava so.

In questa maniera, l'afasico riuscì a formulare il suo testamento, ed a sottoscriverlo con la mano sinistra.

In questo caso la 'difficoltà non è soltanto come esprimere le proprie idee, ma quella medico legale, per dec de e se lo stato mentale dell'afasico è sufficiente per esser valido il testamento.

Argomento questo, che dà sempre campo a lita.

Redations resocutables Dotts HUGO NACE ARONE

Tipografia della Riforma Medica

Scenario. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La peste bubonica a Bombay. — Recenti lavori sulla difterite. — 2. Lesioni originali. Clinica dermosifilo patica della B. Università di Roma, diretta dal prof. Campana. — Condilomi ed erusioni pemfigoidi. — 8. Società scientifiche. — 4. Le Cliniche inglesi. Mary's Hospital di Londra (prof. Phillips). Sulla aifilide cardiaca. — 5. Semiologia grafica. — 6. Note di neuropatologia. — 7. Medicina pratica. — 8. Spoglio dei periodici russi.—9. Formulario.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL QIORNO

La peste bubcaica a Bombay. — Zdekaner nel suo ultimo viaggio, ebbe occasione di osservare a Bombay la peste bubonica, o, come gli inglesi la chiamano, the bubonic plague, nel suo stadio più rigogliose. I primi telegrammi allarmanti giunsero a Calcutta verso la fine di settembre, ed annunziavano una mortalità giornaliera di 200 casi.

Pcichè Calcutta per la sua posisione sull'Hoogkl, e per il suo clima caldo-umido costituisce un terreno favorevoliasimo allo sviluppo di epidemie, il governo di Calcutta prese le più energiche misure per impedire una ulteriore diffusione del morbo nel paese.

Il quadro clinico, osservato dall' autore, fu il seguente.

L'affesione esordisce con brividi e febbre a 40°, ottundimento del sensorio, deliri, vomito. In parecchi casi si verificava anche diarrea in uno stadio ulteriore della malattia. Contemporaneamente si tumefanno le glandule sottomascellari tiroidee, e specialmente le glandule ascellari possono raggiungere il volume del pugno di un uomo. In parecchi casi, anche le glandule inguinali possono tumefarsi fino al punto da raggiungere il volume di un uovo di gallina. L'esito letale suole verificarsi, col il quadro di una pio-setticemia, nello stato letargico e semiletargico, in due, tutt'al più in tre giorni. La lingua è arida; le glandule (le sottomascellari, ed a preferenza le ascellari) sono dure, non fluttuanti, di colore scuro. Poiche gli infermi erano in uno stato soporoso, durante il tempo in cui si praticava l'esame, essi non cacciavano alcun grido di dolore mentre si faceva la palpazione.

I mezzi, che l'autore vide adoperare dai medici indiani contro questa malattia, furono il salasso, e talvolta l'incisione. Anche la chinina e la fenacetina furono usati, con risultato dubbio; quando si verificavano rapidamente il rammollimento e la suppurazione delle glandule, l'infermo poteva essere riguardato quasi come guarito. Da un medico russo e da uno inglese fu fatto l'esame del sangue, e si eseguirono culture, ma senza alcun risultato positivo.

Già fin dal principio del mese di settembre dell'anno scorso nel distretto di Mandrie vi furono numerosi casi di peste, ai quali, però, i medici indiani non attribuirono alcuna importanza. E poichè ivi il tifo addominale è endemico, e la malaria, di tratto in tratto, dà un grande contingente di casi acuti, non fu prestata molta attenzione all'aumento percentuale della mortalità.

Ma non appena la cifra della mortalità oltrepassò i 200 al giorno nel quartiere Masagon, e specialmente nelle due strade parallele Argyle-Street e Clive Street, la Commissione Sanitaria prese le più rigorose misure di precausione, per arginare l'ulteriore diffusione del morbo; e nel tempo stesso fu nominata una commissione esaminatrice, la quale si recò sopra luogo, e constatò che quel quartiere sta quasi a livello del mare, poggia sopra un terreno in gran parte fangoso ed ivi le acque di rifiuto ristagnano continuamente, commiste ad immondesse, ecc. Le abitazioni sono sudise, ed albergano i bannias, che sono la classe più bassa e sporca della popolazione. Inoltre, in quelle miserabili ed anguste casapole è frequentissimo il caso di trovare agglomerata, una famiglia di dieci a quindici persone. Nè ciò è tutto, perché in quelle stesse miserabili casupole vengono tenuti anche i più svariati animali domestici, essendo ciò permesso dalla religione degli indu. H. come se tutto ciò fosse poco, gli abitanti si ribellano contro le disinfeni, perchè queste, dicono essi, riescono nocive agli animali domestici, che vengono ivi quasi adorati e venerati.

Dato questo terreno culturale, dice l'autore, riesce facile comprendere la lunga durata del morbo in quella contrada. Ed è soltanto all'energia, dimostrata dalle autorità locali inglesi, se il morbo non ha preso una grande diffusione. Dà termine con l'augurio, che non meno energici ed opportuni provvedimenti saranno presi dalle commissioni sanitarie europee, per difendere l' Europa da un'invasione della peste bubonica (Prager medicinische Wochenschrift, n. 4, 1897).

Meyer

l recenti studi enlla difterite. Bruchner. — Démètria de s ha ricercato se sia possibile la trasmissione della difterite per mezzo dell'acqua.

Egli versava una piccola ed eguale quantità di bacilli difterici in acqua sterilizzata, in acqua distillata, in acqua di fonte sterilizzata e non sterilizzata. Nell'acqua distillata il numero dei bacilli diminui dal 7º giorno in poi; dopo 21 giorni non ce n'erano più.

Nell'acqua di fonte distillata i bacilli morivano lentamente, e dopo 31 giorno erano tutti scomparsi.

La rapidità della loro scomparsa dipendeva

dalla quantità dei bacilli contenuti nell'acqua, Nell'acqua di fonte ordinaria i bacilli scomparivano rapidamente tra il 7º ed il 9º giorno. Però la riuscita di questo esperimento era difficile a giudicarsi a causa della presenza di altri batteri. Il bacillo della difterite perde rapidamente nell'acqua la sua virulenza, ma la ripiglia pure rapidamente, quando vi trova le condizioni favorevoli al suo sviluppo, e sopratutto debbono essere tenute presenti due condizioni, l'influenza della luce e di altri microrganismi. Nell'acqua che contiene poche sostanze inorganiche, il bacillo della difterite può vivere per alcune settimane, e durante questo tempo può racquistare la sua completa virulenza se posto in condizioni opportune.

S. G. Shattock curò col siero tre fratelli ammalati di difterite, di cui uno morì, mentre negli altri due la malattia ebbe un decorso mite. Le culture fatte in tutti e tre i malati dimostrarono la presenza di bacilli virulenti. La diversità del decorso fu dunque dipendente dalla diversa resistenza presentata dai malati.

Di due altri fratelli che abitavano insieme, uno morì di difterite, l'altro rimase in vita; in quest'ultimo si trovarono bacilli non virulenti, nel primo bacilli perfettamente eguali, virulenti. Shattock trovò che i suoi preparati dimostravano che i bacilli della difterite possono segmentarsi in elementi più corti.

Bernheim e Folger in alcuni preparati di bacilli difterici, trovarono filamenti brevi e lunghi ramificati.

Forme analoghe sono state descritte da C. Fränkel; esse si trovavano quasi esclusivamente nell'essudato faringeo, solo in un caso nel secreto nasale. Le culture e le inoculazioni negli animali dimostrarono che si trattava di bacilli difterici.

A. Kanthack e W. Stephens pubblicano un nuovo processo di preparazione del siero agar per riconoscerei bacilli della difterite. 100 gr. di liquido ascitico o di essudato pleurico puro si mescolano con 2 cc. di liscivia di potassa al 10°[o, in modo che la siero-albumina si trasforma in un albuminato che non precipita con la ebollizione; indi si aggiunge 1-2°[o di agar-agar che è stato tenuto per un certo tempo in acqua acidulata. Il tutto si fa bollire nello sterilizzatore a vapore fino a completa soluzione e si filtra in un imbuto ad acqua calda. Dopo l'aggiunta del 4-5°[o di glicerina, il liquido vien messo nei tubi e sterilizzato.

Secondo gli autori l'azione elettiva di questo terreno sui bacilli difterici supera quella di tutti i preparati di siero conosciuti.

Nicolle comunica un metodo sicuro e rapido per preparare il veleno della difterite. Un pezzo di carne di manso preso da un animale

ucciso il giorno stesso, viene sminuzzato e tenuto in macerazione per una notte alla temperature di 10°-12° (500 grm. di carne per 1 litro di acqua), insieme a peptone 2°_{[0} e cloruro di sodio 0,5°_[0], poi si fa bollire, si filtra, si alcalinizza e si porta per 10 minuti a 120; si filtra di nuovo e si divide in vasi della capacità di 1·2 litri, che si sterilizzano per 1_[4 d'ora a 115°C. Su questo brodo si versa una cultura di difterite ringiovanita col metodo di Roux, si filtra e si tiene fuori il contatto dell'aria alla temperatura di 37°. Dopo 7 giorni 1_[10 di cc. di questo liquido uccide in meno di 48 ore una cavia di 500 gram.

Kossel, osservando certe precausioni, è riuscito a dimostrare la presenza di virus difterico attivissimo in culture in brodo recentissime, quando ancora non poteva supporsi che gran numero di essi fossero morti. Ciò prova che la formazione del veleno difterico è un processo strettamente legato alla vita dei batteri. Inoltre il Kossel riusci ad ottenere una piccola quantità di veleno difterico solubile, dai corpi morti dei batteri in cultura recente.

De Blasie Russo-Travalihanno esaminato membrane difteriche appartenenti a 284 ammalati osservati in Palermo. Trovarono in 36 casi assenza del bacillo di Löffler, presenza di streptococchi, pneumococchi, bacterium coti (mortalità 3,84°[o); in 102 casi i bacilli di Löffler soli (mortalità 27,45°[o); in 76 casi i bacilli di Loeffler insieme a stafilococchi (mortalità 32,89°[o); in 20 casi bacilli di Loeffler e streptococchi (mortalità 30°[o); in 7 casi bacilli di Loeffler, pneumococchi e streptococchi (mortalità 43°[o); 8 volte bacilli di Loeffler e bacterium coli (mortalità 100°[o).

Le ricerche fatte da Spronck in 200 ammalati di croup e difterite, ebbero per risultato che nella faringite fibrinosa (difterite faringea pura) il bacillo della difterite si trovava nel 73, 5° [o dei casi, i cocchi nel 26, 4° [o. Nel croup secondario trovò bacilli difterici nel 97, 9° [o, nel croup primario nel 92° [o.

S. Toms riferisce alcune osservazioni di angina fibrinosa non difterica; nei preparati sui vetrini non si trovarono bacilli della difterite.

G. Reiche ha esaminato 88 cadaveri di difterici nell'Ospedale generale di Amburgo. In tutti i casi erano stati trovati i bacilli della difterite durante la vita. Nel 37,5° lo si trovò tumore di milza. Frequente era la tumefazione dei follicoli intestinali. Il miocardio in primo tempo presentava intorbidamento albuminoso, nei periodi più inoltrati, infiltrazione grassa delle fibre muscolari. In tutti i casi si trovarono alterazioni renali, specialmente della corteccia, tanto parenchimali che interstisiali. Le alterazioni parenchimali con-

sistevano in necrosi da coagulazione, rigonfiamento torbido e degenerazione grassa degli epitelt. Quasi sempre esistevano cilindri, per lo più jalini, alcune volte corpuscoli rossi del sangue nell'interno dei canalicoli. Nel fegato si trovarono per lo più iperemie ed emorragie.

L. Baldassari avvelenava i conigli facendo loro ingerire virus difterico e studió le alterazioni che presentavano in questi animali gli elementi cellulari del fegato e del rene. Trovò che il veleno difterico, a seconda della sua azione letale rapida o lenta, dava luogo a degenerazione degli elementi cellulari o soltanto ad alterazioni del nucleo.

H. W. Gross, osservo nell'ospedale dei bambini in Boston dal decembre del '95 al giugno del '96 il naso e la faringe di tutti i bambini che entravano o soggiornavano nel detto ospedale. Le culture dimostrarono che di 316 bambini 26 albergavano i bacilli della difterite. Di questi, 2 soltanto ammalarono di difterite clinicamente diagnosticabile.

E. Müller ricerco i bacilli della difterite in 100 bambini della Clinica di Heubner in Berlino. Nessuno dei bambini presentava lesioni della mucosa boccale e faringea. In 24 bambini si trovarono i bacilli della difterite. Müller richiama l'attenzione sul pericolo che corrono quelle persone che vengono a contatto con altre che hanno il bacillo della difterite sulla mucosa faringea e non ammalano perchè naturalmente immuni.

M. Biggs esaminò il muco ed il rivestimento faringeo in 44 ammalati che presentavano prima il quadro clinico dell'angina follicolare e della faringite acuta semplice. In 25 ammalati si svilupparono infine i sintomi clinici della difterite, mentre in altri 17 la malattia decorse col quadro dell'angina. In due bambini dopo l'angina si manifestò il croup. In tutti e 44 i malati si trovarono i bacilli della difterite.

Holringer nel 1889 fece alcune ricerche batteriologiche nella Clinica pediatrica di Monaco e venne alla conchiusione che la difterite scarlattinosa, quasi sempre è una complicazione di scarlattina e difterite pura. Questa idea fu vivamente combattuta da Heubner. v. Rank ha continuato le ricerche di Holzinger e riferisce 67 casi. In 26 casi, ossia nel 88,8 °[o. si trovarono soltanto streptococchi. In 32 casi (47,7°[o]) si trovarono bacilli difterici e streptococchi.

In 4 casi si trovarono i bacilli della difterite quasi in cultura pura. In 4 ammalati l'esame batteriologico fu negativo. In una seconda categoria di casi si trattava di scarlattina nel cui corso si sviluppò la difterite: fra 10 ammalati si trovò una volta bacilli difterici allo stato pura,

7 volte si trovò un'infezione mista, 2 volte soltanto cocchi. In una terza categoria di casi si trattava di difterite, nel cui corso si sviluppò la scarlattina, fra 12 ammalati, 3 volte si trovarono soltanto bacilli della difterite, 8 volte si trattava di un'infezione mista, 1 volta si trovarono soltanto cocchi. In un' ultima serie di casi si trattava di un' infesione familiare di scarlattina e difterite: erano in tutto due casi in cui si trovarono soltanto streptococchi.

A. Draer nell' Istituto d'Igiene di Königsberg ha fatto 400 esami di secreto faringeo appartenente ad individui ammalati o sospetti di difterite, o onvalescenti, o individui che avevano avvicinato ammalati di difterite e trovò in 162 casi i bacilli della difterite. Non in tutti i casi di difterite trovò i bacilli di Loeffler. In 198 casi che presentavano i sintomi clinici della malattia i bacilli di Loeffler furono trovati 115 volte. Fra 52 casi in cui fu diagnosticata l'angina, 9 volte si trovarono i bacilli della difterite.

A. Hennig ha fatto l'esame batteriologico in 35 ammalati di difterite. Nel 28,5 ° [o trovò il bacillo di Loeffler; nel 57,1 ° [o trovò bacilli, pseudo-bacilli della difterite e forme sospette. Wartmann riferisce di 672 casi di difterite e croup, osservati dal 1884 al 1898 nel Cantone di S. Gallo. I morti furono 163.

I. Glass er riferisos di 4858 ammalati tenuti in cura nell'Ospedale generale di Amburgo. Ne morirono 1584, ossia il 36, 3°[o.

La mortalità dei bambini raggiunse il 37,9°[o, quella degli adulti il 5,7°[o. Nelle sue osservazioni l'autore non potè trovare un determinato tipo febbrile, come aveva trovato Heubner. Osservò l'album'nuria nel 14°[o degli adulti e nel 55°[o dei bambini. Il distacco delle membrane ebbe luogo nei bambini per lo più al 7° giorno. negli adulti al 5° giorno.

In generale dice, il G la es er, c'è un certo parallelismo tra la diffusione del processo locale, la comparsa dell'albuminuria e la gravessa della malattia. La tumefazione delle ghiandole sta in rapporto con l'estensione dell'essudato. Furono tracheotomizzati 1768 malati con la mortalità del 68 per olo-

Rogler riferisce la storia di 14 malati di difterite da lui curati, di cui 6 morirono, 6 guarirono, 1 fu licensiato, non guarito. La tracheotomia fu eseguita 7 volte, 3 volte senza successo; 4 ammalati furono iniettati di siero.

E. Dupuy ha osservato 50 casi di difterite, che furono curati col siero. La mortalità fu del 15 ° [o.

A. Hill discute le diverse condizioni che favorirono lo estendersi della epidemia difterica

in Birmingham ed i messi impiegati per op-

porvisi.

Schlich riferisce la storia di due giovani ricoverati nella Clinica di v. Ziemssen, ammalati di estese paralisi post-difteriche, di cui guarirono.

L'autore discute la natura e la base anato-

mica delle paralisi difteriche.

Geyer pubblica la storia clinica ed il reperto anatomico di una ragazza di 8 anni, morta per paralisi post-difteriche diffuse. Nei muscoli si trovò intorbidamento albuminoso e degenerazione grassa.

'In quanto ai nervi, nel plesso brachiale si trovò distruzione della guaina mielinica e dei cilindrassi. Estesi fenomeni distruttivi si trovarono nei nervi orurali, negli sciatici, nei frenici, nei vaghi. Nel midollo spinale, nelle corna anteriori, si trovò forte iperemia.

J. Thomas riferisce 28 casi di emiplegia verificatasi nel corso della difterite e registrati nella letteratura. Ne aggiunge 2 di propria os-

servazione.

E. Rimini pubblica l'osservazione di un bambino di 8 ⁴[2 anni, ammalato di difterite leggera, non settica.

Al 6º giorno fu fatta un' iniezione di siere

di Behring.

Dopo 12 giorni si manifestò un'etite media in entrambi i lati, in seguito a cui perforazione della membrana del timpano. Poco dopo fenomeni di piemia e morte.

W. Berg distingue anatomicamente 4 forme di polmonite secondaria a difterite: broncopolmonite, secondaria a bronchite crupale, bronco-polmonite che accompagna la difterite, ma non
ne dipende; polmonite lobare; polmonite gangrenosa. In seguito Berg discute i fenomeni clinici e la prognosi della polmonite che complica
la difterite.

W. Pyle raccomanda per la cura della difterite l'iniezione endovenosa di una soluzione di sublimato 1 º[oo-

Schneider descrive la varietà che può avere il decorso della difterite e ne fa la cura medicamentosa.

Prestel ha ottenuto buon effetto dalla cura della difterite col clorato di potassa internamente e con le insuffiazioni di zolfo sublimato.

Neumayer cura la difterite con i gargarismi e le iniezioni nasali o le pennellazioni di un liquido composto di 800 gr. di altea, 10-15 gram. di clorato di potassa, 150-200 gram. di acqua di calce, il tutto allungato con la metà o con parte eguale di acqua.

Infine M. Franklin esegui l'intubazione in 25 malati, di cui 8 morirono. Fa parecchie con-

siderazioni sulla tecnica e sulla cura consecutiva alla intubazione (Schmidt's Jachrbücher, n. 1, 1897). De Grazia

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA, diretta dal prof. CAMPANA. — CONDILOMI ED ERUZIONI PEM-FIGOIDI.

Sommano. — Condilomi acuminati uretrali in donna con uretrite cronica; concause che rallentano la cura della uretrite. — Un breve cenno sulla genesi di questi condilomi. — Eruzione pemfigoide senza altri disturbi di senzo, che una lieve modificazione della senzibilità calorifica. — Pemfigo sintomatico da siringomielia.

Nella presente inferma, non si possono avere notizie precise della data in cui ebbe principio la malattia, ma essa deve datare da molto tempo sotto la forma di uretrite oronica che ha dato luogo ad iperplasia del connettivo, quindi a vegetazioni infiammatorie dell' uretra sotto forma di condilomi accuminati.

Nell'ano si verificano spesso queste vegetazioni. Colà ha spesso luogo stasi sanguigna, per uno stato meccanico, dipendente da fece dure nell'intestino, da vist epatici, da elmintiasi, da alterata nutrizione dei vasi sanguigni nella gotta, od altro, che non fanno verificare facilmente la circolazione di ritorno perianale; ciò si verifica specialmente nei gottosi.

Con la stasi si ha l'esfoliazione epiteliale perianale e della mucosa, e la lacerazione dell'epitelio sotto forma di ragadi, formatasi pel distendimento dell'organo per il passaggio forzato delle fecce; da ciò iperplasia del tessuto connettivo e dello epitelio rettale ed anale ed essudazione. Soventi questi fenomeni anatomici assumono il carattere di una eruzione condilomatosa, a vegetazioni multiple villiformi. Si hanno fatti identici nella uretra, sul faringe, sulla congiuntiva, nella schneideriana, negli interfemori, sul cuoio capelluto, ecc.

Queste vegetazioni, asportate, non lasciano infezione ne conseguenze di sorta. Nella donna si può verificare questa eruzione, accompagnata, o non da uretrite iperplastica diffusa, e, più di frequente, accompagnata da essudazione catarrale. La cura consiste nell'antisepsi locale con quantità abbondante di soluzione antisettica, aziffamento con sostanze asettiche e protettive, asportazione delle vegetazioni. Ma bisogna vedere

se la cronicità della uretrite non dipenda da che in qualche organo più riposto non vi sia un focolaio permanente di sepsi, che, in questo caso, è nell' utero. La endometrite purulenta del canale cervicale dell'utero di questa inferma è resa di difficile cura per l'ipertrofia del muso di tinca che la inferma presenta.

Date le dette condizioni il procedimento curativo sarebbe quello accennato: però non basterà aver reso asettico l'essudato uterino per evitare una recidiva per nuovo contagio: sarà necessario anche modificare lo stato della porzione cervicale dell' utero, per renderla meno cagionevole al più lieve contagio.

Quest'infermo ha presentato un' erusione bollesa che persiste tuttora.

Essa richiama l'attenzione per una certa simmetria nell'erusione stessa e per lo inspessimento della parte carnosa delle falangette delle dita pollice, medio e anulare. L'alterazione consiste in un inspessimento epidermoidale ed ipodermoidale molliccio; cercando di allontanare un pezsettino di tessuto epidermoidale, di uno spessore del doppio del normale, anche ove non sia flittene, si riesce a farlo, senza ledere i tessuti dermici sottostanti. Ond' è che questa alterazione ti deve attribuire all'epidermide e le dita presentane all'estremità un sollevamento bolloide. Questo è il fenomeno che ci dà la spiegazione della malattia la quale si deve ascrivere alle malattie trofiche, con prevalente trofismo epidermoidale. In questo caso non si è riusciti a stabilire con indiscutibile precisione a che grado sia alterata la sensibilità termica. Però appare diminuita. Il piccolo infermo inoltre è debole negli arti inferiori ed è deficiente nello sviluppo dei muscoli: presenta, inoltre, una certa asimmetria nello sviluppo del corpo: sviluppato il naso nella sua porsione molle, sviluppato il labbro superiore: le mani sempre fredde. Questi fenomeni nei quattro arti, l'ispessimento della pelle e più di tutto della epidermide, specie agli arti superiori, non sono fenomeni ne del primo giorno, nė si sono verificati una sola volta; si ripetono ad intervalli quasi periodici, con la stessa sintomatologia, morfologia, grado e localizzazione. Indubbiamente in questo caso si tratta di una eruzione sintomatica di una alterazione del sistema nervoso: i disturbi di sensibilità calorifica, i disturbi trofici simmetrici, sotto forma di iperplasia e di flittene, non ispiegabili per altra cagione, aiutano a pensare cost.

Ciò fa credere che debba trattarsi di una localizzazione centrale, spinale e non periferica. Se ci fosse una lesione dei cordoni posteriori ci sarebbe alterazione nei fenomeni di senso. Se fossero lesi i cordoni anteriori si avrebbe alterazione in quelli della motilità. La siringomielia primitiva, o secondaria, costituita dalla dilatazione del canale centrale della midolla, dà origine a fenomeni trofici ed a fenomeni di disturbo di una sola sensibilità: la sensibilità calorifica.

L'infermo non presenta alcun disturbo di nutrizione nei muscoli. Molte malattie si riferiscono ai vasi centrali del midollo spinale. Un granuloma che secondariamente produca compressione del midollo e dilatazione del canale centrale può essere cagione dei fenomeni da noi descritti.

Si può concepire che una mielite centrale primitiva o secondaria circoscritta, possa dare fenomeni limitati ad un sol tratto della midolla spinale medesima.

E' un ammalato, questo, in cui non si può ammettere la manifestazione eutanea, come idiopatica, ma per il ripetersi dei fenemeni descritti, devesi ammettere una lesione nervosa della midolla, e probabilmente del centro della midolla.

Ma io illustrerò questa forma, cen altre osservazioni, in una prossima volta.

SOCIETA' SCIENTIFICHE

Accademia medico-chirurgica e di scienze naturali in Ferrara. - Su di un esso di morva scuta nell'uomo. - Cure praticate nello stabilimento di Biolo nel biennio 1895-98-Società medico-chirurgica di Pavia.-Sulla rigenerazione dell'epitelio nel rene sottoposto ad anemia temporanea.-La diagnosi di sede della inserzione placentare.-Sulla acritite.

ACCADEMIA MEDICO CHIRURGICA E DI SCIENZE NATURALI IN FERRARA

Tornata del 24 gennaio 1897

Presidente SALA

Su di un case di merva acuta nell'uemo. A. Trambusti ebbe occasione, nell'estate decorsa, di praticare, nell'ospedale di Belluno, l'autopsia di un individuo morto per infezione mervosa. Il caso ha particolare interesse per la forma acutissima con cui si svolse la malattia. L'individuo morì in 5º giornata.

La lesione iniziate consisteva in una piccola pustola sulla guancia sinistra, che si trasformò man mano in un vasto focolaio gangrenoso esteso a tutta la metà sinistra della faccia e alla regione frontale corrispondente.

Non si notarono mai ingorghi glandulari. Si constatò, invece, nell'ultimo periodo, la comparsa di pustole, tanto sul tronco che sugli arti.

All' autopsia, oltre alle lesioni sopra ricordate, si rinvenne tumefazione ed ulcerazione della mucosa boccale, della trachea e dei grossi bronchi; polmonite emorragica di tutti quanti i lobi polmonari; tumefazione della milsa; stasi nel fegato e nei rani, che erano aumentati di volume: iperemia assai intensa della mucosa intestinale; iperemia delle meningi cerebrali.

L'esame istologico fece rilevare alterazioni necrobiotiche profondissime in tutti gli organi sopra ricordati. Nel fegato è particolarmente interessante la degenerazione vacuolare idropica di tutti i nuclei cellulari.

Sono pure interessanti le lesioni dei vasi, che presentano in tutti gli organi distacco del loro endotelio.

L'indagine batteriologica, tanto per ciò che riguarda la presenza dei bacilli, che furono riscontrati in tutti i tessuti, come con le culture e con gli innesti negli animali (cavie), confermava pienamente la natura del male.

Cavazzasi domanda all'oratore se nel caso surriferito fu tentata alcuna cura,

Trambusti.—Il processo era così avanzato, che si credè inutile di fare la cura della malleina, anche per non avere un insuccesso, che poi finisce sempre per portare la sfiducia nel rimedio.

Cavazzani.—In un caso da lui osservato, fu ottenuta la guarigione con le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo.

Cure praticate nelle stabilimente di Ricie nel blemnie 1895-96. Cavazzani riferisce sui risultati ottenuti nello stabilimento di Ricio nel biennio
1895-96, mercè le cure idro-acreo-elettro-terapiche
e idropiniche che vengono ivi praticate, fermandosi specialmente sui vantaggi delle inalazioni di
acido solfidrico nelle malattie degli organi respiratori. L'acido solfidrico, secondo l'oratore, oltre
che agire direttamente sulla mucosa, avrebbe
anche un' azione sui centri nervosi (midolio allungato), come dimostra l'aumento del polso e
del respiro osservato nei malati durante la permanenza nella sala da inalazione.

Turri conferma i vantaggi di dette inalazioni, soprattutto nelle affesioni del laringe.

Gevezzani legge, inoltre, alcune esperienze fatte nel suo laboratorio di Fisiologia dal dott. A. Gatti, sulla influenza della innervazione e della circolazione sul riassorbimento del sangue nella camera del vitreo.

SOCIE NA MEDICO-CHIRURGICA DI PAVIA

Tornata del 29 gennajo 1897.

Sulla rigenerazione dell'epitelis nel rene sottepeste ad anemia temperanea. Mauro Jatta. — Gli esperimenti furono fatti su conigli adulti e robusti. Il rene è stato sottratto completamente alla circolazione, legando in massa sopra una sonda sterilizzata l'arteria, la vena e l'uretere ed asportando la capsula cellulo-adiposa. Trascorso il tempo voluto, si è ristabilita la circolazione tagliando sulla sonda il filo di seta che teneva legati i vasi.

Da una serie numerosa di esperimenti e osservazioni si sono ricavate le seguenti conclusioni;

1º Sottoposto il rene a completa anemia, restano in esso epiteli capaci di rigenerare, anche se l'anemia è prolungata fino a due ore e messa;

2º Dopo 8 ore di anemia non mi è mai riu-

scito trovare epiteli in mitosi;

3º I processi di rigenerazione si manifestano contemporaneamente e con la stessa intensità, tanto nella sostanza corticale che nella midollare;

4º Dopo 48 ore dalla ristabilita circolazione, le forme di mitosi si manifestano in discreta quantità. Dopo 8 giorni esse sono costantemente molto diffuse nel parenchima del rene.

La diagnosi di sede della inserzione placentare. Enrico Tridondani. — In talune contingense ostetriche, sopratutto nel taglio cesareo e nella provocazione del parto prematuro col metodo di Krause, può tornar vantaggioso il sapere dove trovisi inserta la placenta. Quale messo per poterne riconoscere la sede, il Leopol d'indicò un rapporto costante che avrebbero le tube con l'utero, per cui quando esse trovansi in avanti e convergenti fra loro, la placenta è inserta posteriormente, e quando trovansi sui lati dell' utero, decorrenti parallelamente al sue asse longitudinale, essa trovasi inserta sulla parete anteriore dell'organo.

In una serie di 62 parti dall'oratore assistiti nella Clinica ostetrica di Pavia, egli potè confermare la bontà li questo metodo diagnostico, accertandosi della diagnosi, fatta prima con la palpazione, andando a sentire direttamente dove fosse inserta la placenta con la mano introdotta nella cavità uterina immediatamente dopo l'espulsione del feto.

Nelle numerose indagini fatte, si valse anche di tutti quei dati, concernenti la forma e la direzione dell'utero, i ligamenti rotondi, le parti fetali, ecc., che la palpasione fece riconoscere atti allo scopo. Parve pertanto all'autore che il metodo del Leopold, basantesi sull'ansidetto rapporto delle tube con l'utero, si completi meglio tenendo conto di tutti questi fatti.

1º La placenta sarebbe inserta posteriormentei ed in alto se le tube e i ligamenti rotondi trovansi sulla superficie anteriore dell' utero, se loro punti d'inserzione sono avvicinati e piut tosto lontani dal margine superiore del viscere se questo ha una forma convessa verso la sua parte alta e posteriore, e pianeggiante invece è la sua superficie anteriore, e se avvertonsi distintamente in avanti le parti fetali, i moti attivi ed il battito cardiaco:

2º È inserta posteriormente ed in basso, se le condizioni sono come le precedenti, ma l'inserzione delle tube e dei ligamenti rotondi è piuttosto avvicinata al margine superiore dell'utero e se poco convesso è il fondo di questo;

8.º La placenta trovasi anteriormente ed in alto se le trombe ed i ligamenti rotondi trovansi sui lati dell' utero, paralleli al suo asse verticale, se i loro punti d'inserzione sono divaricati e lontani dal margine superiore dell' utero, se molto convessa fosse la parete anteriore di questo nella parte alta, e se poco distinti fossero nei quadranti superiori le piccole parti fetali, i moti attivi ed il battito cardiaco;

4º E' inserta anteriormente ed in basso quando si hanno le condisioni ansidette, ma i punti di emergensa delle tube e dei ligamenti rotondi sono avvicinati al margine superiore dell'utero e que-

sto offresi quasi pianeggiante;

5º Quando è inserta al fondo uterino, questo offresi notevolmente convesso e quasi emisferico le insersioni degli annessi uterini si trovano ad un livello molto basso, e male si avvertono le parti fetali nei quadranti superiori;

6º Quando l'insersione si fa sui lati, la superficie dell'utero presentasi deformata, sporgente cioè verso quel lato dove è inserta la placenta, e da quel lato sono portati fortemente in alto i punti d'insersione della tuba e del ligamento rotondo, mentre quelli del lato opposto mantengonsi al livello normale.

Sull'aeritia. Cantà riferisce la storia clinica di un caso di aortite acuta protopatica di cui la diagnosi fatta in vita ebbe la conferma al tavolo anatomico. Piastre gelatinose interessavano l'aorta in tutta la sua periferia, formando una striscia unica, alta circa due centimetri appena al di sopra delle valvule semilunari completamente intatta.

Il rimanente dell'aorta era normale; nessun accenno a dilatazione di questo vaso. Esisteva ipertrofia del ventricolo sinistro.

I intomi subiettivi consistevano in accessi di dispuea insorgente in seguito a siorsi, con dolore all'epigastrio e senso di torpore al braccio destro.

Ascoltando il cuore, mentre l'ammalato era in posizione orizzontale, si percepiva solo un lieve soffio sistolico alla punta, più forte sulla aerta; esso scompariva se si esaminava l'ammalato in posizione eretta, ed allora il 2º tono sull'aorta acquistava carattere spiccatamente metallico ed era seguito da soffio dolce e breve.

Nello stesso tempo il polso radiale diveniva calere.

L'oratore discute la fenomenologia ed ammette un'insufficienza aortica relativa e temporanea in rapporto con la diminuita elasticità delle pareti dell'aorta all'inizio di questa.

All'esame istologico si rilevò una infiltrazione leucocitaria a focolai multipli delle tre tuniche arteriose notevolmente inspessite.

Esistevano nei vari strati forme bacillari ma di natura saprofitica.

LE CLINICHE INGLESI

Mary's Hospital di Londra (prof. Phillips). Sulla sifilide cardiaca.

In questa lezione, io mi propongo di mostrarvi se i sintomi della sifilide delle pareti cardiache, possano sufficientemente fare stabilire, durante vita, una esatta diagnosi della condizione del cuore.

In alcuni casi, in cui fu fatta l'autopsia di individui sifilitici morti o per qualche accidente, o per una causa qualunque, la quale non aveva nulla a vedere col cuore, furono riscontrate piccole e numerose gomme.

E' evidente, quindi, che queste possono trovarsi nel cuore, senza che per alcun sintoma manifestino la loro presenza.

Questo però avviene quando le gomme sono molto piccole; il caso è diverso, quando esse hanno acquistato un certo volume.

Quando si trova una gomma non tanto piccola nel ventricolo sinistro, specialmente all'apice di esso, è facile che avvenga la morte istantanea del paziente.

Però, quantunque delle persone possano morire, pure addimostrando una salute apparentemente buona, non deve conchiudersi che essi prima non abbiano sofferto alcun sintoma o segno della malattia.

Alcune volte, questi segni sfuggono o sono malamente interpretati; ma esistono.

E' importante, quindi, di indagare quali essi possano essere.

In un caso, osservato da me accuratamente per molto tempo, prima che si verificasse la morte istantanea, l'ammalato aveva sofferto di palpitazione e di un attacco di angina pectoris.

Da questo caso e da altri, in cui i sintomi cardiaci sono migliorati in seguito ad una cura antisifilitica e nei quali si è supposta la presensa di qualche gomma, nel cuore sinistro, si può conchiudere che i principali sintomi sono i seguenti: palpitasione; sensazioni sublettive, in corrispondenza del precordio; attacchi di angina pectoris; vertigine; affiacchimento generale o attacchi di sincopi; convulsioni epilettiformi; alterazione nella forza e nella frequenza del polso, ed in alcuni casi, irregolarità dell'impulso cardiaco.

Questi intomi possono essere differentemente associati; vi può essere soltanto angina, ovvero palpitazioni ed angina, o tachicardia, o palpitazioni ed attacchi di sincope, etc.

Nessuno di questi sistemi è patognomonico delle gomme cardiache; ve ne sono due però, che meritano una considerazione speciale, ciaè l'angina pectoris e la tachicardia.

L'angina pectoris è ordinariamente associata si segni fisici e funzionali delle affezioni valvufari; in molti casi, però, in cui, alla necroscopia, si è trevata qualche gomma nel cuore sinistro, ed in cui, darante la vita, si sono presentati degli attacchi di angina, questi sono stati il solo sintoma che' : i sia riscontrato durante la malattia.

Nei casi, quindi, nei quali in un individuo apparentemente sano si presenta qualche accesso di angina, si deve subito andare all'idea che possa esistere qualche gomma nella parete cardiaca.

Oltre, però, delle gomme, vi sono altre condisioni che possono produrre degli attacchi di angins, senza la presenza di altri sintomi di malattia di cuore, cioè la degenerazione grassa di quest' organo, l' aneurisma dell' aorta ascendente (Broadbent) e l' aneurisma della parete vardiana stessa.

I casi, frattanto, in cui l'angina è dovuta a degenerazioni grasse, si possono distinguere da quelli, in cui essa è prodotta da qualche gomma, dal fatto che la prima si presenta ordinariamente dopo i 50 anni di età, e le lesioni sifilitiche si hanno d'ordinario nell'età giovanfie; inoltre, l'anamnesi può essere di guida si medico per fare una diagnosi esatta.

In quanto all'ansurisma dell'inizio dell' aorta, il Broadbent fa osservare che, in tal caso, il senso di morte imminente non è molto netto ed il dolore si irradia spesso in tutte e due le braccia, come pure alcune volte esistono i segnifisici dell'affesione.

E' inutile venire ad una disgnosi differenziale fra la gomma e l'aneurisma della parete cardiaca, poiché essi possono essere stadi di una stessa malattia.

La tachicardia, secondo Semmola, è un altro sintoma, che spesso denota una gomma del cuore e, come egli dier, può essere il segno primitivo di un'affesione della parete cardiaca.

Egli così si esprime in un suo lavoro: l'impulso del cuore è costantemente rapido e non a panosismi, come nelle semplici nevrosi; questo è importante a riconoscersi, perchè ci svela fin dall'inisio usa condisione in cui può farsi la cura antisifilitica con buon successo.

Mei casi, però, in cui già si ha l'inspessimento fibroide del cuore, la tachicardia può cesere pa-

rosistica e difficilmente si distingue da una funzionale.

Oltre che nel ventricolo sinistro, le gomme sono state l'iscontrate, all'autopsia, nel destro — però, come s' intende, esse sono meno gravi e meno fatali delle prime.

Ed invero, vi posso assisurare che nessuno di questi casi, è stato seguito da morte istantanea o graduale per il fatto stesso della gomma.

Non si deve dimenticare, però, che esse possono dar luogo ad un inspessimento fibreide, alla formazione di un aneurisma ed alla rottura del cuore stesso, fatti, come s'intende, di grande importanza.

Tutte le volte, in cui , all'autopsia è stato riscontrato un inspessimento fibroide del ventricolo destro, la dispuea è stato uno dei primi e dei più costanti sintomi, che, durante la vita, si sono osservati.

Ed a proposito, possiame dire che, quando in un infermo si osserva soltanto la dispuea, senza che esistano delle affesioni polmonali od altre cause, che possano spiquate quel-aintama, dobbiamo subito dubitare che ci troviamo in presensa di un sifilitico.

Anche l'angina pectoris può esser prodotta da gomma del ventricolo destro.

L'infessione sifilitica può anche portare nel cuore una infiltrazione fibroide generale del musoclo.

Questa infiltrazione può dar luogo a due condizioni differenti; in alcuni casi si ha un indebolimento del tessuto muscolare, il quele, non potendo resistere alla pressione sanguigna, si sfianca, producendo la dilatazione cardiaca; in altri casi questa infiltrazione rende più spessa la parete del cuore, la quale, pur perdendo parte del suo potere di contrarsi, non si dilata.

Quando il ventricolo sinistro diviene molto dilatato, si producomo quei sintomi, che si hanno in tutte le condizioni analoghe, prodotta da altre cause, cioè sensazione speciale in corrispondenza della regione cardiaca, angina pectoris, attacchi di sincopi, alterazioni nella frequenza del polso, etc.

In questi casi la morte può aversi istantancamente, ovvero dopo che si è dilatato anche il ventricolo destro.

Quando la dilatazione incomincia in questa parte del cuore, si hanno degli attacchi soffocanti di dispnea, ascite, albuminuria, con tutti gli altri segni, che mostrano un rigurgito nella tricuspide. Mai però si ha morte istantanea, in soggetto che addimostri una salute apparentemente buona.

Consideriamo ora l'altro caso in cui si ha infiltrazione fibroide diffusa del cuore, senza dilatazione.

Quando l'alterazione è limitata per un tratto, piuttosto piecolo, si hanno semplicemente i segni di una leggera debolezza cardiaca.

Quando l'alterazione è molto estesa, non si vede più la pulsazione della punta, non si percepisce nemmeno il prime tono, il polso è molto debole ed irregolare, cicè, ora rapido ora lento; vi è tendenza inoltre alle vertigini, all'affiacchimento generale ed agli attacchi di sincope.

Può aversi, infine, edema, specialmente ai pisdi, ed una spiceata » nemis.

Quando diviene fibrotico il ventricolo fiestro, il principale sintoma è la dispuea, come nella dilatazione del cuore.

Oltre di queste alterazioni, alla necroscopia, di individui sifilitici, si è riscontrata una ipertrofia considerevole di uno dei due ventricoli.

In tali casi, l'aumento della massa del suore è prodotta da proliferazione del tessuto fibroide e non delle fibre muscolari.

Di guisa che, quando con i messi fisici si percepisce un ingrandimento dell'aia cardiaca, e lo impulso del cuore frattanto è molto debole e le arterie non sono piene e tese, debbiamo subito pensare che tale ingrandimento non è dovuto ad una vera ipertrofia, ma che è prodotto forse dalla sifilide.

Questa infesione, fra le altre alterazioni cardiache, può dar luogo anche ad aneurismi della parete del anore.

Il lore esito può essere la rottura, che dà lucgo alla morte istantanea:

Tutto quanto abbiamo detto può riepilogarsi cosi:

1º la sifilide può produrre nel muscolo cardiaco gemme od alterazioni fibroidi;

2º le gomme del ventricolo sinistro, ad eccezione di quelle molto piccole, sono pericolose per la vita quando hanno sede in vicinanza dell'apice del ventricolo sinistro, in cui possono produrre la morte istantanea;

Se le gomme del ventricolo sinistro possono essere sospettate, se in un individuo, che abbia precedenti sifilitici, si presentino dei fenomeni, dovuti ad un'asione disturbata o deficiente del cuore, come, ad esempio, la tachicardia, gli attacchi apilettiformi e di sincopi, 4'angina pectoris, le gomme del ventricolo destro; nelle iden-

tiche condizioni sono sospettate, quando esiste una dispuea più o meno insistente;

4º l'estrema debolessa del cuore sensa dilatazione, la quale si presenti in giovani od individui di media età, e che vada continuamente aumentando, deve fare supporre la presensa di una affesione sifilitica nel cuore sinistro; una dispuea di antica data può fare supporre una condizione analoga nel cuore destro;

5º la dilatazione di una parte del cuore nelle persone sifilitiche può essere l'effetto di una fibrosi;

6º l'ipertrofia del cuore, sensa una causa accertabile e sensa un aumento corrispondente nell'impulso, suggerisce l'idea che si tratti di una affesione siflitica;

7º l'aneurisma della parete cardiaca può risultare da lesioni locali sifilitiche e può essere fatale, con o senza rotture;

8º è probabile che le gomme e le altitrasioni fibroidi di recente data possano essere curate e guarite con la cura specifica, come le altre lesioni giovani dovute alla stessa causa; lo stesso non si può dire, quando i processi morbesi sono giunti in uno stadio più avanzate.

Io in questa conferensa he fatto astrasione dalle malattie delle valvule di origine sifilitica; parecchi casi frattanto sono stati osservati alla necroscopia in cui esisteva appunto qualcuna di queste lesioni.

Prima di conchiudere questa lesione, debbo dirvi che se le malattie sifilitiche del cuore sono state riscontrate alla necroscopia in un discreto numero di casi, esse en reale sono di gran lunga più frequenti, non essendo alcune volte bene diagnosticate durante vita e non venendo sempre la sesione cadaverica a provare la loro natura.

Possiamo, quindi, certamente affermare che le malattie cardiache sifilitiche sono più comuni di quanto si crele (*The Lancet*, 28 gennaio 1897).

Greco

SEMIOLOGIA GRAFICA

Sulla stetegrafia bilaterale. Glibert e Reger, — Malgrado le numerose applicazioni cliniche del metodo grafico, pochi autori si sono occupati delle modificazioni che presenta il tracciato della respirazione nel corso, o in seguito alle affezioni toraciche.

Quelli che hanno intrapreso questo studio si

sono serviti di apparecchi registranti, in una vrite periferica di natura infettiva indeterminata, sola linea, la dilatazione totale del torace.

In questo modo si possono ottenere dei dati molto interessanti sulla frequenza, ampiezza e forma del respiro, ma non si possono mettere in evidenza le modificazioni particolari, avvenute nel lato infermo.

A tale scopo gli autori hanno creduto utile di applicare allo studio delle affezioni respiratorie i mezzi di investigazione, che hanno dato tanti buoni risultati nelle affezioni circolatorie; alla sfigmografia hanno pensato di contrapporre la stetografia bilaterale.

Si sono serviti di uno apparecchio assai semplice, ideato da essi, e costruito da Verdin.

Come termine di paragone hanno in principio sperimentato su sei individui, che non avevano mai avuto malattia toracica, di diversa età (18 anni a 80 anni).

I tracciati, ottenuti in questi casi, hanno mostrato delle profonde variazioni del tipo respiratorio nei diversi soggetti, rispetto al numero degli atti respiratori e alla loro ampiessa.

Nello studio comparativo delle grafiche dei due lati del torace, in certi soggetti a respirazione tranquilla, l'ampiessa dei movimenti respiratori non era uguale; costantemente poi, in tutti erano differenti nelle profonde respirazioni.

Le malattie toraciche alle quali fu applicato questo nuovo apparecchio registratore furono 2: la pleurite e lo pneumotorace (7 pleuriti, 8 pneumotoraci).

I risultati ottenuti in queste due forme morbose, furono uguali: in tutte e due, l'ampiessa respiratoria è nettamente diminuita, i movimenti a scosse, quelli della tosse specialmente, sono modificati.

Se il versamento liquido o gassoso occupa il lato sinistro, il cuore spostato nella linea mediana trasmette i suoi impulsi ai due lati del tracciato stetografico.

Gi autori sono lontani dal ritenere che la stetografia bilaterale dovrà divenire patrimonio della pratica, come la sfigmografia; la stetografia non può fornire che delle indicazioni complementari (Rèvue de Mèdecine, n. 1, 1897).

Pollaci

NOTE DI NEUROPATOLOGIA

Un case di nevrite sistematica metrice cen anasarca. Déjérine e Miraillé.—L'infiltrazione edematosa si riscontra assai sovente nelle nevriti periferiche da causa esterna, per contusione o ferita dei nervi, ma generalmente resta localizzata. Nelle nevriti da causa interna, l'edema è molto più raro, eccezionalmente poi suole invadere una gran parte del corpo a tal punto da simulare l'anasarca.

La rarità di questo fatto ha incoraggiato gli osservatori a pubblicare il caso.

Si trattava di un nomo di 50 anni, con ne-

vrite periferica di natura infettiva indeterminata, nevrite sistematica motrice di tutti e quattro gli arti, specialmente accentuata a quelli inferiori; atrofie muscolari, con alterazione spiccata della contrattilità elettrica, senza reazione degenerativa. Sensibilità generale e speciale normale, assenza di dolori spontanei, dolori provocati dalla compressione dei muscoli degli arti inferiori, riflessi rotulei aboliti, mancanza di disturbi degli sfinteri, tachicardia, assenza di rialzo termico, edema a decorso invadente, simulante l'anasarca, crisi urinarie, poliuria, guarigione.

Questo caso è interessante per diversi punti

di vista.

1º L'anasarca nel decorso di una nevrite periferica è eccezionalmente raro; nella letteratura se ne trovano segnalati altri due casi: uno di Grocco (la cui diagnosi è tutt'ora oggetto di discussione) uno di Gurgo e Regibus;

2º Nell'ammalato, studiato dagli autori, la fase acuta dall' affezione cominciò a decrescere con una crisi poliurica: l' infermo che emetteva un litro e mezzo di urina circa nella giornata, nel momento che entrò in clinica, ha visto diminuire il suo edema a misura che la quantità di urina aumentava.

Questa si mantenne nella quantità di tre litri giornalieri, durante tutto il periodo di regresso dell'auasarca, e divenne normale, quando l'edema scomparve completamente;

8º L'edema generalizzato dei quattro arti era

causato da paralisi dei nervi vasomotori:

4º Questa forma idropica della nevrita periferica è paragonabile alla forma corrispondente del beri-beri (Rèvue de Mèdecine, n. 1, 1897).

Pollaci

MEDICINA PRATICA

Pategenesi e cara dei gelesi. Wright ha fatto speciali studi sulle sierorragie — cui egli dà il nome di « emorragie sierose » — ed è venuto alla conclusione, che le medesime dipendono assai spesso da difettosa cosgulabilità del sangue.

Tra le « emorragie sierose » egli annovera quelle forme comunissime di congelazione delle estremità, che vanno sotto il nome di geloni o pedignoni. Quest'affezione dipende anch' essa, secondo l'autore, da un difetto della coagulabilità dal sangue, come tendono a provarlo i seguenti fatti:

l'autore ha esaminato la coagulabilità del sangue in dieci individui affetti da geloni, ed ha trovato che essa era costantemente diminuita. Difatti, mentre, allo stato normale, la coagulazione si produce in 8-4 minuti, nei suddetti casi, invece, essa si compieva in un tempo più lungo; questo in alcuni di tali individui arrivava persino a dieci minuti, ed al di là.

Oltrechè in queste ricerche, l'opinione dell' autore troya conferma nei seguenti fatti. I geloni occorrono con grandissima frequenza nei bambini

e negli individui linfatici, e si manifestano pure, con notevole frequenza, in soggetti che soffrono spesso d'orticaria e di epiatassi, come anche in individui emofilici ed in persone affette da cachessia palustre. Or bene: la coagulabilità del sangue è minore nei bambini, che negli adulti, perchè in essi i sali calcarei (fattore importantissimo della coagulazione del sangue) sono piuttosto scarsi nel liquido sanguigno, per la grande quantità che ne viene assorbita dalle ossa in via di accrescimento. Inferiore al normale è pure la coagulabilità del sangue nei soggetti linfatici, negli emofilici e in quelli affetti da cachessia palustre. Quanto all'orticaria che appartiene anch'essa, secondo l'autore, alla classe delle « emorragie sierose » spessissimo essa si manifesta in individui, nei quali la coagulabilità del sangue è più o meno diminuita. Non può quindi sorprendere, che negli individui predisposti all'orticaria esista pure una predisposizione per i geloni.

In due infermi, l'autore ha osservato un alternarsi di queste due affezioni, e mostrarsi or l'una or l'altra di esse, quando gli individui si esponevano al freddo.

Partendo dell'esposto concetto patogenetico, lo autore ritiene che indicazione principalissima nella cura dei geloni, sia quella di aumentare la coagulabilità del sangue. A tal uopo egli raccomanda di amministrare ai pazienti 8-4 grammi al giorno di cloruro di calcio cristallizzato, in due o tre volta. Inoltre, bisogna consigliare agli infermi di astenersi dall' uso di frutte o bevande acide, dagli alcoolici, come pure dal bere soverchiamente: tutte cose che tendono a diminuire la coagulabilità del sangue.

L'autore ha messo in pratica questo metodo di cura in otto casi, dopo aver determinato, in ciascuno, la coagulabilità del sangue ed averla sempre trovata diminuita. In 7 dei detti casi si ottenne un progressivo miglioramento, il quale procedeva di pari passo con l'aumento della coagulabilità del sangue, finchè questa divenne del tutto normale, quando l' infermo fu perfettamente guarito. In un caso, la cura fu del tutto inefficace, e, d'altra parte, non si ottenne alcun aumento della coagulabilità del sangue. — In un altro caso finalmente, la coagulabilità del sangue non aumentò che in modo transitorio, e transitario fu pure il miglioramento (The Lancet, 80 gennaio 1897). Loddo

SPOGLIO DEI PERIODICI RUSSI

« Archives Russes de Pathologie , decembre 1896 ».

Bicerche cliniche sulla difterite. Bauchfuss. Prendendo come punto di partenza le ricerche di Bretonneau, riservando al croup un significato puramente clinico e semiologico, e alla difterite l'entità etiologica creata da Bretonneau e confermata dalle ricerche batteriologiche recenti, insiste sul fatto che Bretonneau a-

veva già riconosciuto, delle angine cotennose e dei croups indipendenti dalla differite. In pratica l'autore crede che si avrà nondimeno ancora un piccolo numero di casi dubbi, giacchè l'esame batteriologico non può sempre troncare la questione sensa riserva, sia che non si abbia la possibilità di seguire la malattia in tutto il suo corso, sia che l'affesione polimicrobica lasci dei bubbi sul valore patogenetico del bacillo di Löffler, trovato insieme ad altri microbi patogeni preponderanti.

L'autore insiste su di una forma di angina difterica che merita il nome di difterite frusta più per i suoi caratteri batteriologici che per il suo decorso benigno; in essa i microldi piogeni (streptococchi) dominano il campo dell'affesione: l'autore la chiama angina diftercide. L'autore dunque distingue le affesioni difteriche, diftercidi, e pseudo-difteriche e insiste sul fatto che spesso queste forme differenti si trovano riunite in un sol gruppo di affesioni anginose.

La 2º parte del lavoro è consacrata all'analisi di 1,128 casi di angina pseudo-membranosa e di croups. L'autore termina il suo lavoro con una rivista generale sullo pseudo-croup nella laringite sotto-glottica acuta e sul trattamento idroterapico di queste affesioni.

II. Sulla degenerazione vitrea jalina nei neonati. Joukovski y. Nel corso dello sclerema dei neonati ha osservato in diversi organi interni (fegato milsa, polmoni, rene, pancreas) una degenerazione vitrea (jalina), simile alla degenerazione grassa (malattia di Bühl). L'autopsia, le ricerche batteriologiche e alcuni dati clinici parlano in favore di una causa settica: però vista la rarità di queste osservazioni e la novità di questa forma di malattia, l'autore, pur indicando l'analogia con la malattia di Bühl, lascia nondimeno la risoluzione definitiva di tale questione alle ricerche future.

III. Sul cambiamento della composizione del sangue dopo la tiroidectomia. Posto eff. L'estirpazione del corpo tiroide produce, secondo l'autore, dei cambiamenti notevoli nella composizione del sangue. Questi cambiamenti sono: 1º il numero dei globuli rossi, la quantità d'emoglobina e il peso specifico diminuiscono. Il numero dei globuli bianchi aumenta. La quantità della fibrina ottenuta col battimento del sangue per mezzo di una bacchetta, aumenta qualche volta quasi del doppio del normale.

Ciò che ha colpito sopratutto l'esperimentatore, è la piccolissima quantità di azoto contenuto nella fibrina rispetto alla quantità normale.

IV. Note sui nuclei accessorf e sulla divisione diretta.—Karpoff ha studiato la formazione dei nuclei accessorf, considerati da Hans Rabl come un processo patologico, nei tritoni adulti completamente sani. Metodo di ricerca: fissazione dei tessuti nei liquidi di Flemming Hermann, v. Roth, sublimato: colorazione con l'ematossilina di Heidenhain e con i vari colori di anilina.

L'autore ha trovato i nuclei accessori nei tessuti seguenti: epitelio del polmone, endotelio pleurale, fibre muscolari lisce dei polmone, celluie di tessuto connettivo, epitelio e fibre lisce dell'intestino, epitelio del fegato, dei reni e della pelle. Le dimensioni dei nuclei accessori sono variabili: ordinariamente piccoli, essi possono raggiuagere 1₁2-8₁4 del volume del nucleo-madre. Mesi hanno per lo più una forma rotonda ellissoide, circondati da una membrana acromatica, contengono dei granuli cromatici raramente offrono un aspetto omogeneo.

Qualche volta sono legati col nucleo-madre per un tubo acromatico molto sottile. Nei nuclei accessori completamente formati, l'autore ha potuto osservare dettagliatamente il modo della loro formazione: un bottone più o meno grosso si i rma da un lato del nucleo e si stacca a poco a poco da «ssc.

La maggior parte dei nuclei accessori scompariscono durante il processo di soluzione della cromatina, e per ciè l'autore crede che la formazione dei nuclei accessori non è che un episodio della vita cellulare, senza alcun significato patologico.

Quanto alla causa della loro formazione, l'autore non può convenire con H a n s R a b i , il quale pensa che sia il risultato di un accrescimento ineguale del nucleo.

Il nucleo è una goccia semifiuida, inviluppata da una membrana elastica, e l'accrescimento del su o contenuto può solo aumentare la proporzione del nucleo ugualmente in tutte le dimensioni.

Secondo l'autore, però, non essendo il protoplasma cellulare omogeneo può offrire una resistenza più o meno forte nelle diverse parti, e se una parte meno resistente si trova vicino al nucleo, questo può quivi erniarsi: l'asione meccanica dei tessuti vicini può aumentare la pressione intranucleare e produrre gli stessi effetti.

La formazione dei nuclei accessori, dipende danque, secondo l'autore, dall'acrescimento semplice (vegetativo) del nucleo e dalle varie azioni mescaniche.

Mirto

FORMULARIO

l jedici per via ipodermica

Il jodo è quasi insolubile nell'acqua (1.7000), ma è solubilissimo in alcool, etere, glicerina, olio, grassi, vaselina. Si aumenta considerevolmente la sua solubilità nell'acqua, mercè l'aggiunta di K J o Na J.

Antidati del jodo sono: l'acido solfanilico ed il solfanilato di sodio.

Il jodo è un antisettico potente; attenua considerevolmente la tossicità delle culture tetaniche filtrate e del virus difterico; neutralissa il virus carbonchioso a dosi anche debolissime. Per tanto fu utilissato nella cura della pustola maligna. Allo stesso modo riusci u

tile in molte forme di tubercolosi cutanca e polmonare, nella sifilide tersiaria.

Il jodo sarebbe secondo alcuni, il rimedio specifico contro il gozzo.

L'axione risolutiva, fondente. del jodo, lo fece adoperare con successo nel morbo di Mort on (inies. periarticolari) nelle otiti secche sclerose e purulente dei
tubercolotici. Finalmente fu indicato l'uso del jodo nella
anemia, nella clorosi, nelle diverse affesioni reumatiche,
nell'asma, nell'enfisema ed in tutte le malattie, in cui
sono indicati i joduri alcalini.

Dosi. Negli adulti si adopera la dose media di 1 centigrammo per inierione e non si oltrepassano 2 inierioni pro dis. Non pertanto in certi casi può arrivare fino a 5 ctgr. pro dis.

Appena fatta l'iniezione, questa è molto dolorosa, quindi è prudente farla intramuscolare e non già nel connettivo sottocutaneo.

Bisogna evitare che penetri jodo nelle vene, poichè ne bastano tracce per trasformare l'emoglobina del sangue.

Se l'iniezione fu eseguita asetticamente, l'assorbimento è rapido e non si ha induramento o dolore duraturo.

Il jodo si elimina sempre per le diverse secrezioni e già dopo pochi minuti dall' iniezione può essere riscontrato nelle urine.

È difficile che si osservino fatti accentuati di jodismo in seguito ad iniesioni ipodermiche.

Diamo alcune formule adoperate dal Meunier, Durante, Mennella, De Bensi.

Jodo	gr.	7	
Vaselina	-	100	
Jodo metallico	>	» 0.2-1	
Joduro di potassio	•	2	
Acqua distillata	•	20	
Jodo metallico	, >	0.01	
Acqua distillata	•	100	
(10 cc. nell'anemia)			

Siere jedate

Jodo sublimato	gr.	1
Joduro di potassio	>	8
Cloruro sodico	>	6
Acqua distillate		1000
(100 as one die in 9 a 8 doei)		

(Gass. hebd. de mèd. et de Chir., 81 gennaio 1897).

Nacciaronn

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACG: ARONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommano. — 1. Riviste generali. Sull'osena laringotracheale primario, — 2. Lavori originali. Istituto di anatomia patologica dell'ospedale Incurabili in Napoli, diretto dal prof. Luciano Armanni.—Contribusione batteriologica allo studio degli ascessi periuretrali complicanti la blenorragia, pel dott. Rodolfo Stanziale, libero docente di patologia e clinica dermosifilopatica nella R. Università: Direttore nei dispensarii celtici governativi.—3. Società scientifiche. — 4. Riviste di Clinica.—Clinica medica di Edimburgo (prof. Bramwell). Sopra un caso di contrattura isterica. — 5. Casnistica clinica. — 6. Note di medicina legale. — 7. Pratica batteriologica. — 8. Spoglio dei periodici.

RIVISTE GENERALI

Suli' ezena laringe-tracheale primarie

Si è tanto abituati, scrive il Walther Vulpins (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 5, 1897), a riguardare la cavità nasale come sede tipica dell'ozena, che appena in questi ultimi tempi è stata riconosciuta la vera natura della rara localizzazione di questa malattia nel tratto laringo-tracheale. In vero, già R ti h l e, nel 1861, tenne parola, nel suo « Trattato delle affesioni laringee » di un « disseccamento del secreto in certe forme di catarro laringeo »; ed anche Le-win descrisse brevemente alcuni casi di questa specie. Più tardi, Fraenkel, nella sua Diagnosi e cura delle malattie del naso», menzionò una complicazione dell' osena nasale con un'analoga affesione laringea. Il primo, però, che riconobbe e descrisse l'ozena laringo tracheale come una malattia autoctona, fu B. Baginsky. Il 17 maggio del 1876 egli presentò alla Società Medica di Berlino un caso, nel quale eransi rinvenute le caratteristiche croste (da secreto disseccato) fetide, grigio verdastre, nella sezione inferiore della laringe e della trachea. Queste croste aderivano sopra una mucosa eresa, e facilmente sanguinante. Questo caso, inoltre, era complicato a micosi leptotricia della faringe; anche nelle croste espettorate si rinvennero (oltre ad epiteli degenerati in grasso ed a cristalli di tirogina) filamenti di leptothrix.

Quanto al caso descritto da Bresgen nel 1882, può ritenersi che esso non appartanga alla categoria dell'osena laringo-tracheale. Trattavasi della formazione di croste sub-glottiche, le quali avevano provocato una forte dispnea. Con un espettorante, furono rimosse subito e definitivamente. In vece, nei casi comunicati da Hindenlung trattavasi di tipico ozena laringotracheale. In quello riferito da Hedde eravi una complicazione con l'ozena nasale, e furono constatato croste ozenatose altresi sulla parete faringea posteriore.

Interessante è il caso osservato da Cohen, perchè in esso i disturbi patologici ricorrevano periodicamente nell' inverno, e non eravi alcuna alterazione patologica nel naso.

Nalle sue « lezioni cliniche sulle malattie della gola», M a s s e i esamina l'ozena laringo-tracheale, e spiega i disturbi asmatici, che spesso vi si connettono, col fatto che le croste, le quali si accumulano al di sotto della glott de, stimolano le corde vocali, determinandone una contrazione spastica, onde contemporaneamente sarebbe reso difficile il distacco di queste croste. M a s s e i ritiene come rarissima codesta localizzazione del processo ozenatoso.

In questi ultimi anni sono stati descritti altri casi di ozena laringo-tracheale da la Notte, Tsakyroglous, Luc, Fischer, ed altri. Ulteriormente, l'autore ne ha osservato uno in persona di una giovanetta di circa venti anni, la quale aveva sofferto fin dall'infanzia una otite media suppurativa a destra. Quando si presentò in cura all'au o. ., aveva una forte raucedine, che talvolta perveniva fino all'afonia. Tramandava intensamente l'odore caratteristico dell'ozena. D'chiarò che la reucedine era apparsa da quattro anni; al principio esisteva in forma accessionale; indi divenne persistente. L'esame del naso fece rilevare in questo la presenza di mollo pus liquido, ma senza croste; la mucosa nasale aveva un color roseo sbiadito; i correcti medi erano un poco, quelli inferiori molto ipertrofizzati. Anche nel cavo naso-faringeo vedevasi un poco di pus attenuato. All'esame laringoscopico fu constatata una ipertrofia della tonsilla linguale. Le false corde erano così fortemente inspessito, che nella respirazione calma covrivano completamente le corde vere. Il loro colore era di un rosso giallastro, la loro consistenza era compretta. La mucosa della porzione inter-aritenoidea mostrava un aspetto simile. Le corde vocali, in tutt'i punti dove erano visibili, apparivano scabre, di un colore grigio-giallastro sporco, e si chiudevano incompletamente nella fonzione, onde, a prima vista, apparivano quasi ulcerate. La sezione sottogiottica della laringe e della trachea appari /a coverta di masse crostose grigio verdastre, le quali erano accumulate a preferenza sulla superficie inferiore e sulla commissura anteriore delle corde vocali. In nessun punto della laringe o della trachea la mucosa era ulcerata od escoriata. Soltanto nei punti, dove croste fortemente aderenti potevano essere distaccate con colpi di tosse intensa, oppure strisciandovi sopra batuffoli di ovatta constatavansi piccole suggellazioni. L'esame batteriologico di queste croste vi fece rilevare il bacillo di Loewenthal, alquale erano commiste poche altre specie di cocchi, ma nessun filamento di leptothrix.

La cura consistette nelle inalazioni di una soluzione di perossido di idrogeno al 3 °[o, e nelle pennellazioni con la soluzione di Lugol. Se ne ottenne un qualche miglioramento. Sventuratamente, l'inferma, tostochè si senti alquanto alleviata, si allontanò definitivamente, onde non fu possibile valutare fino a qual punto questi cura avrebbe potuto influire sul processo patologico.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELL'OSPEDALE INCURABILI, IN NAPOLI, DIRETTO DAL PROF. LUCIANO
ARMANNI.—CONTRIBUZIONE BATTERIOLOGICA ALLO STUDIO DEGLI ASCESSI PERIURETRALI COMPLICANTI LA BLENORRAGIA, pel
Dott. Rodolfo Stanziale, Libero docente di Patologia e Clinica Dermosifilopatica nella B. Università, di Napoli, Direttore nei Dispensari Celtici Governativi.

Fin da tempo, il Pellizzari (1), in seguito a ricerche eseguite su tre osservazioni di ascessi periuretrali complicanti la blenorragia, affermava che queste forme ascessoidi possano essere in relazione col solo gonococco, pur non negando la possibile e successiva associazione di germi piogeni, che si unirebbero ed anche si sostituirebbero addirittura al gonococco istesso. Cosi egli si rendeva ragione di quei casi in cui l'esame batteriologico dimostrava nel prodotto dell'ascesso, il gonococco in unione con lo stafilococco piogeno aureo, o, invece, quest'ultimo soltanto.

E parimenti in rapporto al contenuto batterico spiegava la diversità delle forme cliniche, di quelle, cioè, assai miti dalle follicoliti periuretrali alle altre gravissime, degli ascessi flemmonosi, vasti flemmoni periuretrali, etc.

Avendo io avuto opportunità di studiare dal punto di vista batteriologico tre osservazioni di ascessi periuretrali consecutivi a blenorragia, credo non inutile esporre in questa modestissima nota, i risultati delle ricerche praticate, i quali confermano perfettamente l'opinione del Pellizzari, e contribuiscono, parmi, a fermare sempre più un punto importante della patogenesi di queste forme

Ecco, in breve, le osservazioni:

Osservazione I. — G. G, di anni 21, studente in medicina. Da circa due mesi, essendo stato sempre bene fino allora, si è contagiato di blenorragia, la quale a capo di qualche settimana si diffuse all'uretra posteriore. Da sei giorni si è accorto dello sviluppo di una tumefazione, dolente, all'angolo scroto-penieno che è andata gradatamente aumentando.

Stato attuale. — 30 maggio 1896.

All'angolo scroto-penieno, massimamente a destra del rafe, si osserva una tumefazione della grandezza di un'avellana, a limiti poco netti, poco spostabile, dolente, a resistenza duro-elastica, con chiara fluttuazione centrale, a cute soprastante poco scorrevole, leggermente iperemica, calda al tatto.

I labbri del meato urin ario sono un pò arrossiti e tum fatti: con la pressione da dietro in avanti sull'uretra, fuoriesce una discreta quantità di secrezione muco-purulenta, che, esaminata al microscopio, mostra tipici gonococchi.

Ricerche praticate.—Dopo di avere convenientemente sterilizzato la cute in corrispondenza della regione scroto-peniena, secondo le norme della tecnica batteriologica, aspiro, mercè la siringa Tursini, previamente sterilizzata al calore secco, circa 4 cc. di liquido.

Apro col bisturi l'ascesso, lavo con soluzione di sublimato al milles mo e zaffo con garsa.

Continuando nei giorni successivi la medicatura al jodoformio, si ottenne guarigione completa in 15 giorni. Giammai urina venne fuori dall'apertura: l'infermo continuò poi il trattamento della blenorragia, guarendosi dopo circa un mese e mezzo.

Il liquido aspirato aveva un aspetto grigiogiallastro, era abbastanza denso e filamentoso, come mucoide. Al microscopio risultava costituito da fibrina filamentosa, corpuscoli di pus, cellule epiteliali pavimentose e detritus albuminoideo granuloso.

Parecchi preparati furono, per lo studio batteriologico, trattati con le semplici soluzioni di colori di anilina, a preferenza col bleu di metile, e col metodo di Gram. L'osservazione dimostrò in modo evidentissimo la presenza, relativamente scarsa, di tipici gonococchi, riuniti d'ordinario a gruppetti a preferenza tra gli elementi cellulari: essi, non erano colorati nei preparati trattati col metodo di Gram.

Oltre di essi, s'incontravano qua e la, in tutte le preparazioni, gruppi di cocchi, più piccoli, colorati bene col metodo di Gram (stafilococchi).

Furono iniettati 2 cc. di liquido, ricavato dall'ascesso, nel connettivo sottocutaneo e nella cavitá peritonealo di una cavia, dopo avere resosterile la cute in corrispondenza dell'iniesione.

Al 3º giorno si ebbe localmente lo sviluppo di un infiltrato, a carattere infiammatorio, che andò nei giorni successivi aumentando fino alla grandezza di un'avellana, a resistenza duro elastica, senza mai mostrare fluttuazione.

Dal 7º giorno in poi, tale tumefazione andò gradatamente regredendo, fino a scomparire una settimana dopo, residuando una leggiera solerosi del tessuto.

^{(1) «} Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della pelle », Fascisolo II, 1890,

Col restante liquido aspirato dall' ascesso furono innestati due tubi di brodo, tre di gelatina, due di agar, due di siero di sangue di bue solidificato a becco di flauto e messi rispettivamente nel termostato a 20° e a 37°. Si ebbe soltanto lo sviluppo di un microrganismo che presentava tutti i caratteri dello stafilococco piogeno albo.

Osservazione II.—Cioffi Giuseppe, di anni 28, orefice, ammogliato.

A 20 anni, si contagiò di blenorragia, che si complicò a prostatite con es to suppurativo. Dieci giorni fa si è accorto di una nuova blenorragia, per combatter la quale ha fin dal principio praticato parecchie iniezioni giornaliere di una soluzione di resorcina e solfato di zinco a dose piuttosto forte. È da 3 giorni che si è avveduto di una tumefazione al lato destro del frenulo.

Esame attuale (25 giugno 1895). — Il prepuzio è leggermente edematoso, specie nella sua parte inferiore: scovrendo il ghiande, si osserva a destra del frenulo una tumefazione della grandezza di un cece, a limiti poco netti, con mucosa sovrastante fortemente iperemica, tesa ed assottigliata, specialmente nella parte centrale. I labbri del meato urinario, tumefatti ed iperemici; la secrezione uretrale piuttosto abbondante, a carattere muco-purulento, nella quale l'esame microscopico dimostra numerosi gonococchi.

Diagnosticata una follicolite periuretrale suppurata, procedetti all'esame batteriologico con le istesse norme diansi descritte per l'altro caso.

Furono aspirate, con la siringa Tursini, poche gocce di prodotto purulento, che aveva caratteri pressoche identici a quelli della precedente osservazione, e con esse si tentarono culture nei diversi mezsi nutritivi, come precedentemente, e furono fatti diversi preparati, trattandoli con soluzione acquosa di bleu di metile e col metodo di Gram. L'osservazione microscopica dimostro gonococchi tipici in quantità molto scarsa; nessun altro microrganismo potette osservarsi. I tentativi di cultura rimasero assolutamente infruttuosi.

Il piccolo ascesso, con semplici losioni detersive al sublimato, guari dopo nove giorni.

Osservanione III (1). — Esposito Vincenzo, di anni 34, cuoco, celibe.

A 18 anni si contagiò di blenorragia, seguita due anni dopo da un'altra. Da 17 giorni è affetto da una nuova blenorragia, e cinque giorni

(1) Debbo alla solita cortesia del prof. De A m i c i s lo studio di questo caso appartenente al dispensario celtico dell'ospedale Incurabili da Lui diretto. or sono si è manifestata alla superficie inferiore dell'asta una tumefazione dolente.

Esame attuale (17 settembre 1896).—Poco innansi dell'angolo scroto-penieno si osserva una tumefazione della grandezza di una noce avellana, fluttuante, con caratteri identici a quelli della 1ª osservazione.

L'esame dell' uretra fa notare una uretrite al periodo subacuto, con secrezione muco-purulenta, che all' esame microscopico dimostra numerosi gonococchi.

L'esame batteriologico del contenuto dell'ascesso fu praticato come precedentemente. I diversi preparati, trattati con la soluzione acquosa di bleu di metile e col metodo di Gram, mostravano scarsissimi gonococchi, assai più scarsi che nei casi precedenti (in parecchi preparati mancavano addirittura), e numerosi gruppi di cocchi che si coloravano benissimo col metodo di Gram.

Le culture praticate dimostrarono all'evidensa lo sviluppo di un microrganismo che rispondeva perfettamente ai caratteri dello stafilococco piogeno aureo.

La cura dell' ascesso fu fatta come nella 1ª osservazione, e l'infermo guari dopo tre settimane circa.

Risulta dalle ricerche esposte come in tutte tre le osservazioni figuri il gonococco, in una di esse associato allo stafilococco piogeno albo, nell'altra isolato e nell'ultima in unione dello stafilococco piogeno aureo. La sua presenza costante in queste osservazioni lascia senza dubbio attribuire ad esso una importanza patogenetica degna di rilievo, tanto più affermata in quanto esso può trovarsi solo, rappresentando l'unico migrorganismo del prodotto ascessoide, come mostra il 2º caso.

Da questo studio sembra lecito, quindi, poter affermare che il gonococco possa da solo determinare nelle glandule follicolari periuretrali, focolai infiammatori a carattere suppurativo, e che associandosi ad esso contemporaneamente o successivamente altri microrganismi, pervenendovi dall' uretra (stafilococchi piogeni), questi possano trovare nei prodotti infiammatori condizioni opportune al loro sviluppo.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Societá medica degli ospedali di Parigi. - Setticemia grave sensa bacillo di E berthe con reasione agglutinante. - Reumatismo blenorragico con disturbi trofici cutanci. - La tiroide nella cura del mixedema. - Asione dei raggi di Roentgen sui microbi. - Società medica berlinesa. - Un caso di rene triplice. - Stenosi aorta congenita. - Un caso di visio congenito di cuore. - Un nuovo stetoscopio. - Un caso di ermafroditismo. - Sulla conoscensa dell' osteomalacia e della opoterapia. - Società di medicina interna di Berlino - Sul polso paradosso. - L'attività muscolare nelle malattie di cuore.

SOCIETÀ MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI

Tornata del 22 gennaio 1897.

Setticomia grave sonza bacillo di Eberthe con reazione aggiutinante.—Ferrand comunica il risultato di un'osservazione clinica fatta in collaborazione con Theo ari.

In un infermo, affetto da setticemia grave, da streptococco, si potè constatare la reazione agglutinante, nonostante che mancasse il bacillo di E b e r t h.

I risultati della autopsia e l'esame dalla milsa confermarono la diagnosi di setticemia grave, e per ciò l'oratore crede, che in presenza di questa osservazione, la quale può anche ritenersi eccezionale, si debba portare una certa riserva nell'spprezzamento del determinismo sul quale riposa il metodo di Widal.

Widel crede che l'osservazione riferita da Ferrand sia assolutamente contraria a quanto è stato dimostrato dall' esperimento e dalla clinica. Non esiste alcun fatto sperimentale che autorizzi a ritenere che una infezione data dallo streptecocco, possa comunicare al sangue di un animale la reazione agglutinante come può determinarlo il bacillo d'E berth, totalmente differente da quello; chè la clinica ha dimostrato nel corso di una infezione atreptococchica, il siero possa acquistare la proprietà di agglutinare il bacillo di E berth.

L'oratore quindi è costretto a ritenere che un fatto tanto eccesionale, debba assolutamente riposare sopra un esame batteriologico inattaccabile, mentre l'osservazione riferita da Ferrand induce a credere che si sia dimenticata qualche precauzione tecnica di somma importanza.

Reumatieme bienerragice cen disturbi trefici cutanei. — Jacquet e Ghika presentano un ammalato, il quale nel corso di tre attacchi di reumatismo blenorragico generalizzato, offri dei disturbi trofici, caratterizzati dalla produzione di corni cutanei disseminati sulla pianta dei piedi.

Fra le ipotesi che possono spiegare la natura di questa dermatite, molto probabilmente la più attendibile è la teoria nervosa, per la quale la lesione dipenderebbe da un disturbo trofico-nevritico o mielopatico.

La tireide nella eura del mixedema. Bomneville mostra due idioti mixedematosi che avea presentato alla società l'anno scorso.

Il miglioramento manifesto ottenuto, è stato tanto fisico che psichico, e si è potuto constatare che interrompendo la cura rispparivano i sintomi mixedematosi.

Vaquez ricorda che in questi ammalati il tasso dell'emoglobina è abbassato, e ciò si può rilevare anche dopo un certo tempo da che è stata iniziata la cura con la tiroide.

Marie, pur ritenendo che i risultati ottenuti nei due soggetti presentati alla Società, siano incontestabili, crede che non sempre gli effetti della tiroido terapia sieno così felici.

Difatti l'oratore ricorda due osservazioni personali in cui quella cura falli completamente.

Debove chiede a Bourneville se la tiroidoterapia sia ineffensiva, poichè egli conosce alcuni casi che fiuirono con la morte.

Bourneville riconosce che la cura tiroidea può essere pericolosa. Così in un giovane di 24 anni egli potè notare degli accidenti assai gravi, come tachicardia, tremori, movimenti convulsivi senza perdita della coscienza, ecc.

In questi casi bisogna naturalmente sospendere la cura, salvo a ripigliarla quando le manifestazioni morbose siano cedute.

Azione del raggi di Röntgen sui micrebi. Achard dice di avere instituito con L a n n e lo n g u e, un certo numero d'esperiense relative all'azione dei raggi di Bōnt g e n sui microbi.

I risultati ottenuti sembrano dimostrare che i raggi Bont gen impediscono lo sviluppo di alcune culture sottoposte allo esperimento.

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO

Tornata del 18 gennaio 1897.

Un case di renc triplico. Hansemann presenta i pezzi anatomici appartenenti ad un operaio di 17 anni morto per un'ulcera perforante dello stomaco. I tre reni erano perfettamente divisi l'uno dall'altro.

Il destro era un rene normale con i vasi normali e col suo uretere; a sinistra v'erano dei piccoli reni.

Il più piccolo di essi aveva un vaso normale; l'uretere veniva giù nella pelvi dell'altro rene che stava più in basso e che era alquanto più grande.

Quest'ultimo aveva due vasi e due pelvi che comunicavano con l'uretere; per i dae reni esisteva un solo uretere.

Stenesi aertica cengenita. Hansemann.— Nell' aprire il sacco pericardico in questo caso si aveva l'impressione come se esistessero due cuori :
accanto al cuore normale esisteva un secondo
sacco ripieno di sangue, che era più grosso del
cuore. Questo sacco rappresentava il seno sinistro, costituito da una membrana sottile, priva
di tessuto muscolare e ripiena di grumi solidi.
Non c'era visio cardiaco, nè alcuna anomalia di

formazione del cuore; c'era soltanto un'aorta eccessivamente stretta.

Un case di vizio congenito di cuere. Dresdener presenta il cuore di un bambino di un anno ed 8 mesi, con vizio congenito di cuore, morto per meningite. Esisteva un ventricolo unico.

Un nuove statescapie. Sanator presenta un nuovo stetoscopio costruito dall' Aufrecht in Magdegburgo.

Consta di un tubo che ad un'estremità ha un pesso che si adatta all'orecchio ed all'altra un imbuto che si applica sul corpo.

Questo strumento, secondo l'oratore, permette a preferenza di delimitare in modo esattissimo il cuore. Aufrecht lo chiama metroscopio, l'oratore stetoscopio per frazione,

Un case di ermafreditisme. Menke presenta un bambino con ermafroditismo, che mori 5 settimane dopo la nascita, con vomito e diarrea. Gli organi genitali erano costituiti da un pene lungo 2 cm., filiforme, pendente in giù , dalla vagina e dall'utero.

Sulla conescenza dell'esteemalacia e della opeterapla. Senator.—L'osteomalacia è uno degli argomenti più oscuri della patologia. L'oratore ne scheletro era notevolmente deformato e specialmente il bacino era a forma di rostro.

I primi segni di osteomalacia si manifestarono alla quarta gravidanza. Degno di nota in questo caso era la forte dolorabilità alla pressione di tutti i tronchi nervosi, specie degli arti inferiori e l'ovaralgia doppia.

Anche tutti i muscoli erano dolenti al tatto ed atrofici. La colonna vertebrale era alquanto incurvata, ma non cifotica.

La pressione sulle ossa era estremamente dolente.

Gu secrow conferma la diagnosi di osteomalacia. Dice che l'inferma, curata alla Charitè si riebbe e dopo alcuni mesi usci guarita dallo ospedale, avendo notevolmente guadagnato in peso. Sulla natura nella malattia si sono fatte parecchie ipotesi, le quali cercano di spiegare la diminusione della calce nelle ossa.

Una teoria, secondo cui l'osteomalacia dipende da deficiente nutrizione, non vale per gli uomini perchè anche l'alimentazione peggiore contiene più calce di quello che serve all'organismo.

Secondo un'altra teoria, si tratta di una anormale formazione di acidi, in seguito a cui la formasione della calce fa difetto. L'acido che si forma in eccesso sarebbe l'acido lattico.

Fehling, fondandosi sui miglioramenti e le guarigioni ottenute col metodo di Porro, crede si tratti di un'influenza riflessa del ricambio materiale, la quale parte dalle ovaje.

Senater ha fatto l'esame sistematico delle urine e delle fecce nel suo caso e trovò che la massima parte si elimina per le fecce.

somministrazione dell'ooforina; ma l'oratore attribuisce il miglioramento ottenuto non a questa sostanza, ma alle mutate condizioni igieniche e nutritive.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO.

Tornata dell'11 gennaio 1897.

Sui poise paradesso. Gerhardt mostra il cuore di una donna, di 89 anni, che aveva presentato il polso paradosso. A sinistra il polso era più pic. colo che a destra; la frequenza a sinistra era 92 a destra di 112 battiti al minuto. Ripetendo poco dopo la numerazione, si ottenne a sinistra 42, a destra 52. All' autopsia si trovò rammoliimento del talamo ottico e del corpo striato di sinistra, pleurite destra e pericardite. Il cuore era piccolo ed alquanto atrofico. La pericardite era la causa del polso paradosso.

v. Leyden ricorda le idee di Traube sul polso differente.

Litten fa notare che in condizioni normali il polso nell'inspirazione è più lento e più piccolo. Frankel espone ciò che finora si sa sul polso differente.

v. Leyden osserva che Hoppe-Seyler fu il primo ad osservare il poleo paradosso.

Gerhardt fa cenno di un caso riferito da Meixosservò un caso in una donna di 42 anni. Il suo ner di Praga, nel quale si trovò all'autopsia un abbondante essudato pleurico a sinistra. Fatta la aspirazione, il polso paradosso scomparve. Quando poi il liquido si riprodusse, si ripresentò il polso paradosso.

> L'attività muscelare nelle malattie di cuore. Frankel osserva che l'alimentazione fa aumentare l'attività cardiaca; ma il metodo dell'iponutrizione deve essere impiegato con grande cautela. L'oratore non mette mai in uso questo metodo di cura nel periodo iniziale dei vizi cardiaci o dell'arterio-solerosi. Traube, prima ancora di Schott, aveva riconosciuto che l'iperattività muscolare può causare una dilatazione acuta di cuore.

> v. Leyden fa notare che finora non era stato sufficientemente stabilito il concetto della debolezza cardiaca. Bisogna distinguere un cuore che è indebolito perchè non può sopportare il lavoro che cuore in condisioni normali deve bene eseguire; questa è la debolezza cardiaca nel vero senso della parola, come quella che esiste nelle anemie, nell'esaurimento generale, nelle cure antipolisarciche e questa debolezza cardiaca deve essere distinta da quella che si manifesta nel cuore che è obbligato a lavorare più dell' ordinario e non può, come succede nei vizi cardiaci, nell'arterio-

L'oratore riconosce inoltre che mediante l'esercisio muscolare può ottenersi un aumento delle funzioni cardiache, come si rileva dalle osservani di Oertel edei fratelli Schott, perònella prima forma di debolezza cardiaca; nella seconda forma, invece, l'attività muscolare è nociva, perchè il cuore non da più di quello che può dare. La cura fatta in questo caso consistette nella Invece è opportuno aver cura di diminuire le resistenze che si oppongono al lavoro del cuore, agevolando la circolazione nelle vene.

Lewy fa notare essere erronea l'opinione che la distensione dei ventricoli del cuore prodotta dall'attività muscolare, sia qualche cosa di patologico.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica Medica di Edimburgo (prof. Bramwell). Sopra un caso di contrattura isterica.

La pasiente sulla quale richiamo la vostra attensione, ha l'età d'undici anni. Essa è stata ricevuta in Clinica questa mattina. Da due anni a questa parte, l'inferma è incapace di camminare; tutt'al più, può fare qualche passo, appoggiandosi sulle grucce. Sua madre dice che la giovinetta ha perduto il libero uso delle gambe sensa alcuna causa nota, e che la pasiente ha pure sofferto taivolta di dolori al dorso.

Ora, in una fanciulla di 11 anni, la causa che più facilmente può dar luogo a difficoltà della deambulazione ed a dolore al dorso, è la carie vertebrale. Dobbiamo per ciò, ansitutto, esaminare lo stato della colonna vertebrale. La regione spinale non presenta alcuna sporgenza, alcuna inuguaglianza: essa è, a quanto pare, perfettamente normale; ne in tutta la lunghessa della spina v'è alcun punto, che sia dolente alla pressione. D' altra parte voi vedete, che la fanciulla, quando le si fornisce un appoggio, si sostiene benissimo sulla gamba destra. Quanto all'arto sinistro, voi vedete che la coscia é parsialmente flessa sull'addome, e che il piede trovasi in estensione ed abdusione, mentre le dita di esso sono flesse. La paralisi (se realmente esiste paralisi) non interessa che la gamba sinistra: la destra invece ha forza sufficientissima per sostenere il corpo; e quando l'inferma giace sul dorso, essa può eseguire, con l'arto inferiore destro, qualunque movimento, in modo del tutto normale. Il risultato assolutamente negativo dell'esame della spina dorsale e l'integrità dell'arto inferiore destro ci portano ad escludere, con un certo grado di probabilità, l'esistenza d'una carie vertebrale.

La posizione in cui la pasiente tiene la gamba sinistra, potrebbe farci pensare ad una malattia dell'articolazione dell'anca. Ma anche questa possibilità devo escludersi, perchè l'articolazione coxofemorale non è sede d'alcun dolore, nè spontaneo, nè provocato, e perchè i movimenti passivi di flessione, estensione e rotazione della coscia sono perfettamente liberi.

Esaminando attentamente lo stato della gamba e del piede sinistro, è facile vedere che questo ultimo è fortemente e rigidamente esteso, mentre le dita dello stesso piede sono rigidamente flesse. Si ha dunque uno spasmo rigido, una contrattura dei muscoli estensori del piede e flessori delle dita. Più che una paralisi abbiamo adunque innansi a noi una contrattura; e la nostra mente corre subito all'idea d'una contrattura isterica.

Data una tale possibilità, è indispensabile di esaminare accuratamente lo stato della sensibilità dell'arto affetto e del resto del corpo. Sa si pizzica fortemente la gamba sinistra, la paziente non dà alcun segno di dolore. Se si applica sulla stessa gamba un tubo di Vetro pieno d'acqua calda, la inferma non accusa, alcun senso di calore, ma dice, invece, di provare una speciale sensazione di caldo nella parte superiore del dorso. Essa può bensi distinguere se il tubo applicato sulla sua gamba contiene acqua calda o fredda, ma afferma di provare la rispettiva sensasione non già nella gamba, ma sul dorso. Le semplici impressioni tattili, prodotte col fare scorrere dolcemente le dita, o un corpo ottuso qualunque, sulla gamba o sul piede sinistro, non sono sentite affatto. V'è dunque anestesia tattile, dolorifica e termica della gamba sinistra. Nell'arto inferiore destro e nel resto del corpo, la sensibilità è perfettamente normale.

Questi fatti confermano sempre più l'idea, che si tratti d'una contrattura isterica, giacchè se la affezione fosse d'origine spinale, ed anche ammettendo una lesione unilaterale del midollo, la paralisi di senso e quella di moto non potrebbero quanto alla sede, comportarsi come nel caso presente: al contrario, la funsione motrice dovrebbe esser perduta dallo stesso lato della lesione spinale, mentre la sensibilità dovrebbe mancare dal lato opposto.

Nessuna lesione materiale dei centri nervosi potrebbe spiegarci i sintomi presentati dalla nostra inferma. Tutt' al più potrebbe pensarsi ad una lesione della parte posteriore della capsula interna. Ma in tal caso, molto difficilmente potrebbe aversi una condisione di spasmo e di contrattura; e con tutta probabilità l'anestesia sarebbe assai più estesa, ed interesserebbe non la sola gamba, ma tutta una metà del corpo.

Per spiegare la condizione morbosa presentata dalla nostra ammalata potrebbe anche pensarei ad una lesione dei nervi periferici, oppure ad una lesione della parte superficiale del midollo, interessante le radici nervose anteriori e posteriori, da un solo lato. Ma entrambe queste due ipotesi sono altamente improbabili nel nostro caso, e non vale la pena d'insistervi. Le sensasioni dolorose, accusate taivolta dalla nostra inferma, vengono da essa riferite alla parte superiore della regione intersoapolare. Ora, se esistesse, a quella altessa, una lesione delle radici spinali anteriori e posteriori, la paralisi di senso e di moto non potrebbe essere localissata in una gamba, ma dovrebbe avere una sede assai più in alto ed interessare il tronco.

Anche l'anamnesi di porta a ritenere, che l'affezione di cui ci occupiamo, sia di natura isterica. La madre della pasiente afferma che quest'ultima è stata sempre una bambina molto nervosa. Verso l'età di otto anni, essa aveva spesso svenimenti, durante i quali però non perdeva intieramente i sensi. Più tardi, cioè due anni addietro essa perdette, tutto ad un tratto, la facoltà di servirsi della gamba sinistra. Un anno addietro, la pasiente ebbe un peri do di grave peggioramento, durante il quale vi fu paralisi di entrambe le gambe e d'entrambe le braccia, con forte contrattura del braccio sinistro, che stava fo:temente applicato contro il dorso. Inoltre l'inferma, entro " accennato periodo, perdette la vista per lo spazio di quindici giorni, l'udito per una settimana, e la parola per 24 ore. Però la cecità, la sordità e l'afasia non si mostrarono contemporaneamente, ma in tempi diversi. Inoltre, tali disordini funzionali manifestaronsi all'improvviso, e del pari all'improvviso finirono.

Nei 28 mesi di malattia, la nutrizione dell'inferma si è conservata buona, ma il suo gusto per gli alimenti si è dimostrato abbastanza strano. Da 18 mesi a questa parte, la paziente si è nutrita esclusivamente di latte e di frutta, riflutando qualunque altro cibo.

Gli esposti fatti ci forniscono elementi più che bastevoli per affermare che abbiamo innanzi a noi un caso d'isterismo. Ciononostante, voglio farvi notare che la semplice esistenza di sintomi isterioi non basta mai ad affermare che, in un dato caso, si tratti unicamente d'isterismo. Questa affesione può associarsi alle più svariate lesioni organiche, le quali assai spesso favoriscono la produsione dell'isterismo con l'indebolire, direttamente od indirettamente, le forze del sistema nervoso e la facoltà volitiva.

Occorre adunque esser molto cauti nel far la

diagnosi di puro isterismo, e non stabilire tale diagnosi, se non dopo aver eseluso, 'con un accuratissimo esame degli organi e delle funzioni, ogni altra possibilità. Io per ciò, prima di affermare che nel caso attuale si tratti di puro e semplice isterismo (quant inque tale sia il mio intimo convincimento), mi riservo di esaminare ed osservare ulteriormente l'inferma.

•

Or son sette giorni, feci alcune riserve relativamente alla diagnosi del caso, che allora vi presentai. Quello stesso giorno, dopo la lezione, riesaminai l'inferma con la massima cura, e per tal modo potei confermarmi nel convincimento, che il caso studiato era puramente e semplicemente un caso di contrattura isterica.

Data questa diagnosi, la prognosi non poteva essere che favorevole, tanto più trattandosi d'un soggetto assai giovane; giacchè i sintomi isterici, anche quando esistano da lunghissimo tempo, scompariscono assai spesso con meravigliosa faciltà; e ciò — per effetto d'un'opportuna cura — si ottiene quasi sempre, nei soggetti giovani.

La miglior cura dell' isterismo, è forse quella proposta da Weir Mitchell, che si riassume in queste quattro cose: isolamento, alimentasione forsata, massaggio ed elettricità. Ma qualunque metodo di cura voglia seguirsi , la cosa più importante consiste sempre nell'infondere nell'inferma il convincimento, che essa guarirà senza alcun dubbio entro breve tempo. Nel caso nostro, non ci fa alcan bisogno nè di elettricità, nė di massaggio, nė di altre cure. Appena fui certo, della diagnosi, dissi all'inferma ed alla madre di essa, che la giovinetta non avrebbe più bisogno di usare le grucce, e che tra pochi giorni essa potrebbe camminare e correre liberamente. Il risultato è stato soddisfacente in sommo grado. Lunedì scorso , cioè due giorni dopo la precedente lezione, lo spasmo era assai diminuito; martedì esso era somparso intieramente, e la piccola inferma poteva camminare sens'alcun appoggio, benchè non ancora perfettamente; mercoledi, la deambulazione era assai più libera; giovedi la pasiente potè percorrere correndo la sala del mio reparto. Farò ora chiamare l'inferma, affinchè possiate osservare voi stessi, come essa possa ora, dopo 28 mesi di quasi assoluta incapacità a muoversi, camminare e correre con la più grande facilit**à (***The Edimburgh Medical* Journal, febbraio 1897).

Loddo

CASUISTICA CLINICA

(Lezione del prof. E. Maragliano dettata nella Clinica medica di Genova il 18 gennaio 1897).

Gardella Rosa, d'anni 12, degente al letto n. 51, è venuta in Clinica colpita da scarlattina. benigna per il decorso, anomala per l'esantema. Infatti, mentre la scarlattina tipica invade con temperature elevatissime, che si mantengono sempre elevate e che solo si abbassano col decrescere dell' esantema, qui non si ebbero mai alte elevazioni ed in quinto giorno troviamo solo 88º,8; mancarono inoltre le localizzazioni viscerali e nulla si notò da parte dei reni; per ciò un attacco benigno.

L'esantema poi presentò caratteri speciali, perchè appariva accompagnato da vere pustolette, cioè da noduli inizialmente miliari, a contenuto purulento, i quali si ruppero, dando luogo a formazione di croste, delle quali anche adesso rimane qualche traccia. Si notò inoltre una infezione stafilococchica secondaria accessoria; una foruncolosi multipla. Questo stafilococco può essere l'elemento patogenetico dell'esantoma? Allo stato attuale delle nostre cognizioni, sebbene l'agente patogenetico della scarlattina non sia ancora individualizzato, non è ancora credibile.

In questa malata interessa anche una ripresa dell'esantema, con elevazioni termiche, undici giorni dopo l'apiressia; l'esantema manca al viso ed alle estremità, fatto comunissimo nella scar-

Questo secondo attacco è mite come il primo, ed ora, dopo 24 ore, è già in via di scomparire. Non è questo il easo di dover parlare della diagnosi differenziale zol morbillo, perchè qui la scarlattina è stata benigna, ma presentò tutti i fenomeni suoi propri e il dubbio non era possibile,

Quest' altro malato, degente al letto n. 1 si chiama Carbone Francesco. Egli ha avuto il morbillo, ed è entrato in Clinica in nono giorno di malattia, quando il morbillo era già cessato. In questo infermo tre sono i fatti più spiccati che io voglio farvi rilevare. Anzitutto una laringite con diffusione del processo all'albero respiratorio, con focolai cioè di bronco-polmonite, fatco proprio del morbillo e comune anche dopo parecchi giorni di malattia. La bronco-polmonite di questo infermo è streptococchica, come risulta dagli esami fatti. L'altro fenomeno degno di menzione è un accesso di grave delirio comparso in nono giorno di malattia, delirio violento, furioso, tanto che fa necessario mettere all'infermo la camicia di forza per impedirgli che facesse male a sè e ad altri.

Fu un vero accesso di delirium tremens, e ciò dico per due ragioni: perchè egli è un emerito alccolista, e perché la temperatura si mantenne, durante l'accesso, poco elevata. E' un fatto oramai accertato questo, che un alcoolista durante da delirium tremens; e lo si constatò su larga grande quantità, pur non essendolo. Questo fatto suala nell'ultima pandemia di influenza, durante si può dimostrare in due modi; indirettamente,

la quale i casi di delirium tremens erano comunissimi. Questo delirium è un perturbamento funzionale cerebrale, che ha la sua ragione fondamentale nell'abuso dell'alcool, ed esplode per qualunque ragione intercorrente che attenui la nutrizione. Per lo più anzi esplode quando si ha, una elevazione termica. Qui l'elevazione non si ebbe, e, cessato il delirio, l'ammalato entrò, come di solito avviene, in uno stato comatoso , letargico. Finora i focolai di bronco-polmonite persistono insieme ad uno stato di oligoemia; per ciò si somministra il guaiacolo ed il muriato di chinina.

Un altro malato molto interessante è Montagnana Giovanni, degente al letto n. 8. - E' interessante per l'associazione dei fatti morbosi da lui presentati, per il decorso della malattia e per la terapia usata. Entrato in Clinica in settantesimo giorno di malattia, presentò tutti i fatti più caratteristici di una insufficienza cardiaca: idrope del connettivo sottocutaneo, idropi cavitarie, focolai di bronco-polmonite, fenomeni di grave perturbamento circolatorio, cianosi, dispnea; bassa la temperatura. Questo individuo aveva dapprima avuto una invasione di influenza; sorsero poi fatti di bronco-polmonite, ai quali successivamente si concatenò una pleurite consecutiva bilaterale e un' insufficienza acuta del miocardio, che si sfiancò e divenne atonico, donde i gravi fenomeni di insufficienza.

Se voi ora osservate la curva del polso di quest'infermo, vedrete che, proprio quando le sue condizioni erano pessime, quando intensa era la dispuea e il pericolo di vita grave, la curva segnava sessantadue pulsazioni; mentre quando i'ammalato migliorò e la temperatura si elevò, il polso andò sugli ottanta battiti ed anche a cento, a condizioni ancora più migliorate. Ciò dimostra un fatto semplicissimo: che il polso ha ingannato il medico; non che realmente non si contassero sessantadue pulsasioni, ma questo numero sta ad indicare sessantadue diastoli apprezzabili all'arteria radiale, non tutte le diastoli del cuore. E giustamente è notato che il polso era irregolare; l'irregolarità era data dalla mancanza di forza nella trasmissione alle arterie di qualche diastole: voi vedete per ciò che numerando bene, si dice cosa falsa, ciò che non sarebbe avvenuto se la numerazione dei battiti fosse stata fatta direttamente sul cuore.

Per ciò che riguarda la pleurite, è notevole il fatto che il liquido è disposto circolarmente al polmone. Voi avrete letto nei trattati, ed anche da me più volte l'avrete inteso, che un essudato raccolto nella cavità pleurica ricaccia in alto e verso la colonna vertebrale il polmone, ed il liquido si raccoglie in basso. Questo fatto avviene però solo quando il polmone è compressibile, quando è sano; ma se il polmone ha modificato le sue condizioni fisiche, se è più voluminoso, se è congesto, non è più compressibile, ed il liquido deve necessariamente raccogliersi inuna malattia acuta può facilmente essere colpito torno al polmone; per ciò l'essudato appare in

facendo lo svuotamento, perchè, estraendo poco liquido, si vede l'ottusità discendere sproporzionatamente; in modo diretto, constatando l'esistenza del polmone al di dietro del liquido, ascoltando cirè i rumori respiratori, il fremito vocale. Qui, infatti, il fremito vocale si sente su tutto l'àmbito polmonare, non ostante che il liquido si trovi ancora nei cavi pleurici, e di più, a destra, percuotendo forte, scompare l'ottusità. Il fatto della presenza del liquido nel cavo pleurico sta a dimostrare che la pleurite con la bronco-polmonite non è cosa tanto rara, come si dice comunemente e comunemente si scrive.

Nell'espettorato di quest' individuo si trovarono dei microrganismi coi caratteri dei diplococchi privi di capsula — cocchi isolati — probabilmente streptococchi a forma diplococchica.

Per quanto riguarda la terapia, dico subito che fu applicata quella curs, che direi spettacolosa, teatrale e che più volte avrete visto praticare nella nostra Clinica in casi consimili. L'ammalato quando venne accolto da noi, si trovava in condizioni gravissime, era quasi agonizzante. Purono in esso vuotate le cavità, si fece un largo uso di caffeina per iniesioni ipodermiche, di inalasioni di casigeno, si fecero energiche rivulsioni cutanee con coppette e infine si usò il salasso. Salasso che avrebbe potuto avere in seguito gravi conseguenze, se l'individuo, malato da settanta giorni, non fosse stato in tali gravi condizioni per un perturbamento meccanico del circolo. Come vedete, la nostra terspia non differisce da quella dell' uso comune per i mezzi usati, ma solo per il modo di applicarli, perchè, mentre in casi simili si escogitano i mezzi su enumerati uno alla volta, noi li applichiamo tutti contemporaneamente e con molto maggior vantaggio.

Ne sia prova quest'infermo, ora fuori pericolo di vita, nel quale è scomparsa tutta la grave fenomenologia che presentava al suo ingresso in C inica; rimane solo liquido nei cavi pleurici ed edema ai malleoli. Gli si somministra ancora digitale, chinina e stricnina, e per i fatti catarrali all'apparecchio respiratorio si applicherà la museruola con olio essensiale di trementina.

Poche parole infine per l'ammalato Gianussi Giuseppe, degente al letto n. 16, e che è degno di essere segnalato per vari punti. Accolto in Olinica in terzo giorno di malattia con tutti i isnomeni di una polmonite fibrinosa sinistra, due giorni dopo il suo ingresso presentò un nuovo focolaio alla base del polmone destro. Ora la polmonite fibrinosa bilaterale è eccezionale e per lo più, come qui si verificò, i focolai multipli esplodono uno dopo l'altro. Qui poi è notevole il fatto che oggi, quattordicesimo giorno di malattia, dopo sette giorni di apiressia, si ha una elevazione termica improvvisa (89°.8), accompagnata da dolore puntorio al torace destro e presenza di liquido nel cavo pleurico destro, dalla parte cioè dove si era sviluppato il secondo focolsio. Ora questa pleurite, nata quando la pol-

monite lobare di sinistra e di destra è esaurita, è un fatto nuovo, oppure è la ripetizione di ciò che probabilmente è avvenuto dopo lo svolgimento del primo focolaio? Io sono del secondo avviso, perchè queste pleuriti essudative circoscritte, consecutive ai focolai di polmonite, sono molto frequenti; dirò di più, si hanno sempre, ma spesso passano inosservate.

Un ultimo fatto che non dobbiamo tacere, è che, in quinto giorno di malattia, quest'infermo ha presentato fatti di edema polmonare, segni di dilatazione del ventricelo destro, pelse irregolare e apparentemente diminuito. Dico apparentemente, perchè anche qui il medico è stato tratto in inganno, come nel malato Montagnana, diansi presentatovi. Anche qui si fece un salasso e si ottenne una notevole modificazione della fenomenologia morbosa.

In quest' ammalato, per ora, nulla si deve fare; interverremo se sarà il caso: la prognosi è fausta.

Del salasso, poi, del quale oggi avete due volte sentito parlare, farò argomento di una mia prossima lezione, el allora vi esporrò dettagliatamente le mie idee in proposito (Giorn. della Ciin. Med. di Genova).

Un case di aspirazione dell'essudate pericarditice. Jonee. — La paziente, quindicenne, soffri di reumatismo articolare acuto, parecchi anni addietro, e d'allora in poi presentò insufficienza mitralica.

Nal gennaio 1896, manifestossi un nuovo attacco di reumatismo, il quale volgeva già a guarigione, quando tutto ad un tratto, si stabili una violenta pericardite.

Malgrado l'uso di vescicanti alla regione cardiaca ed altre cure, la paziente peggioro rapidamente. Il 2 febbraio, il polso era a 160, le respirazioni erano 80 al minuto, la temperatura 99º F.

L'ottusità cardiaca era aumentata in modo assai considerevole: essa arrivava in alto sino al secondo spasio intercostale, a destra sorpassava di mezzo pollice il margine sternale, ed a sinistra giungeva a un pollice e mezzo al di là della linea mammillare.

Essendo l'inferma in imminente pericolo di vita, si decise di eseguire l'aspirazione dell'essudato pericarditico.

L'ago dell'aspiratore fu introdotto nel quarto spazio intercostale sinistro, alla distanza di un pollice e messo dal margine sternale, dirigendolo dall'alto in basso e dall'avanti all'indietro. Si estrassero circa quattr'once di liquido.

La paziente stava già molto meglio, mess'ora dopo l'operazione.

Il miglioramento continuò sempre, sino al successivo giugno, quando l'inferma in seguito ad un piccolo viaggio, incominciò nuovamente a peggiorare. Essa morì nell'ottobre 1896, can dilatasione cardiaca ed anasarca.

L'interesse di questo caso sta principalmente

nel fatto che, mercè l'sspirazione, si potè scongiurare l'imminente esito letale, e prolungare di otto mesi la vita dell'inferma (*The Lancet*, 80 gennaio 1897).

Loddo

NOTA DI MEDICINA LEGALE

Aneurisma traumatico dell'aorta.

S. Angelo-Limosano, febbraio 1897,

L'aneurisma traumatico dell'aorta è molto raro a riscontrarsi in pratica medico-legale, ed il mio caso riesce di grande importanza, perchè serve di ammaestramento in medicina legale.

Bozza Incoronata, di anni 9, da 8. Angelo Limosano, sebbene di tenera età, serviva in una famiglia di questo comune.

Dal 18 novembre 1894 la bambina cominciò ad avvertire un'ischialgia imponente a destra ed un dolore vivo sul torace. L'ischialgia dette luogo ad un vastissimo ascesso peri-articolare, inciso il 20 decembre '94 e guarito il 10 gennaio '95. Non mi fermo su tale incidente, perché mi allontanerei dal mio scopo.

A poco a poco sul torace sorse un tumore situato nel terzo spazio intercostale sinistro tra la linea parasternaie e la marginale sternale dello stesso lato. Esso era pulsante, e faceva sentire all' ascoltazione un soffio sistolico di lima e di raspa. Si notava il ritardo del polso della carotide e delle radiali rispetto al tumore ed al cuore. Il tumore si distaccava dolcemente dai suoi limiti sulla parete toracica, formando un piccolo mezzo sferoide schiacciato. Tanto nella normale quanto a luce tangente si vedeva un leggiero sollevamento ad onda. I dolori retrosternali erano vivissimi, e la terza costola aveva una cedevolezza singolare.

Il cuore non era spostato che di poco, ed i battiti cardiaci erano più sensibili, perchè il cuore trovavasi alquanto avvicinato alla parete toracica. Riguardo ai sintomi generali non si notava difficoltà nella deglutizione, perchè, essendosi l'aneurisma fatto strada a traverso lo spazio intercostale, non vi era compressione dello esofago. Il tumore, come ho detto, trovavasi nel terzo spazio intercostale, ed aveva una larghesza maggiore nel senso trasversale che nel senso longitudinale a causa delle costole che lo stringevano. Il sacco minacciò di aprirsi verso i primi giorni di decembre, tanto che comparve nel centro della pulsazione una macchia rosso-viva macchia che rimase così per una diecina di giorni.

Io applicai il ghiaccio a permanenza sul posto e verso il 15 decembre la macchia rossa scomparve. Il ghiaccio fu continuato con persistenza. Verso la metà di gennaio del '95 il tumore spari completamente: rimase però per molto tempo sul posto una pulsasione larga, coi ca-

ratteri primitivi, insieme ad un' elasticità maggiore della 8º costola sinistra. La pulsazione, sebbene in piccola parte, persiste anche oggi.

Io feci diagnosi di aneurisma traumatico dell'aorta discendente per lacerazione della tunica interna e media dell'arteria in seguito a contusioni e violenze esercitate innanzi ed indietro sul torace. Non esclusi, ma misi in dubbio il traumatismo della regione glutea, perchè non avevo alcun criterio per sostenerlo. I colpevoli furono condannati anche in appello dietro la mia perizia, la confessione della bambina e l'esame dei testimoni.

La mia perisia fu attaccata invano acremente dagli avvocati della difesa. Un avvocato diceva che il ghiaccio non poteva guarire un aneurisma, che la bambina era rachitica e scrofolosa, e che il perito era un uomo immorale. Un altro in tribunale parlava di anatomia con un' ignoranza maestosa. Il fiato fu sprecato, perchè la sentenza della corte di appello è là a dimostrare la verità ed a confutare gli argomenti della difesa. Io non dovrei dirlo, ma è certo che spesso sotto la toga si cerca di disonorare un medico che fa il proprio dovere, sostenendo delle corbeilerie, e non sapendo dove stiano di casa la fisiologia e l'anatomia.

Io invece discutero serenamente innanzi ai miei colleghi sul caso che ho riferito brevemente. Che siasi tratt to di aneurisma io non mi fermero nemmeno a dimostrarlo. I caratteri sono così evidenti, che non hanno bisogno di alcun chiarimento.

L'aneurisma era spontaneo o traumatico? Ec-

co la questione.

L' infanzia possiede o pare possegga il felice privilegio dell'immunità riguardo alle lesioni ateromatose ed aneurismatiche. Da ciò la stranezza del caso da me osservato. Gli aneurismi spontanei dell' infanzia per ciò sono tanto rari, che possono contarsi i casi pubblicati finora.

Hervieux, Rogere qualche altro, hanno parlato di casi di aneurismi e di lesioni ateromatose in genere in bambini appena nati ed in adolescenti.

Sannè ne riferisce quattro casi. Il primo case veduto da Phoe no me no w riguarda una osservazione di un aneurisma dell'aorta addominalo nel feto, e che fu causa di distocia. Il secondo appartiene a Rogere concerne un aneurisma dell'arco dell'aorta in un bambino di dieci anni. Il terzo osservato da Moutard-Martin fu visto in un bambino di due anni, sofferente di aortite cronica. Il quarto caso appartiene al Sannè stesso, e fu notato in un ragazzo di tredici anni e mezzo. L'autopsia in quest'ultimo caso rivelò una dilatazione dell'arco dell'aorta con numerosi depositi ateromasici, ed un piccolo sacco aneurismatico della grandezza d'una nocciuola.

Si verificò pure una degenerazione ateromatosa abbastanza spic-ata delle valvule aortiche.

Da questi casi pubblicati risulta che l'aneurisma acrtico può riscontrarsi eccezionalmente nei bambini ed anche nel periodo fetale, e risiedere nell' aorta addominale ed anche nell' arco della aorta.

Però la patogenesi dell'aneurisma spontaneo nell'infanzia è simile che nell'adulto. E' necessaria l'ateromasia spesso accompagnata a depositi calcarei come causa essenziale della produzione aneurismatica. Ora i fatti ateromasici nella bambina non esistevano affatto; e prima dell'ultima malattia ella era stata sempre bene. Bisognava escludere in modo assoluto l'artritismo, la gotta ereditaria, la sifilide, l'alcoolismo. La bambina d'altra parte non è niente scrofolosa.

E. Martin in una sua dotta monografia ha parlato della sclerosi distrofica dipendente da endostrerite obliterante, la quale si verifica anche nella prima età. L'obliterazione dell'arteria infiammata e la possibile mortificazione delle parti in cui l'arteria si distribuisce, appartengono alle conseguenze più importanti dell'arterite. Però la infiammazione spesso dipende da fatti irritativi ed infiammativi precedenti.

Il flemmone, il reumatismo, il tifo addominale, possono produrre l'arterite. Ma intendiamoci: si tratta di casi isolati e rarissimi. Nè mi si venga a dire che l'ascesso peri-articolare abbia potuto essere una delle cause, perchè tanto l'ascesso che il dolore retro-sternale ebbero un inisio simultaneo. Nella bambina da me curata, dunque, mancavano i fatti di arterite precedente, e quindi mancavano le cause essensiali per la produsione d'un aneurisma. Come risultò invece dallo esame testimoniale, le violense sulla bambina erano state continue ed avevano interessato parecchie parti del corpo.

Abbiamo dunque la causale. Perchè fare della filosofia sulle lesioni ateromatose, mentre è facile il pensare che le violenze a poco a poco, perchè persistenti, abbiano potuto influire sulle tuniche arteriose tanto da produrre un sacco aneurismatico? E quell'ascesso della regione glutea sorto d' un tratto senza causa apprezzabile, insieme al dolore retro-sternale, non parla a favore del traumatismo?

D'altra parte l'aneurisma è guarito. Se la guarigione sia avvenuta in seguito al ghiaccio, oppure in modo spontaneo senza che la cura abbia contribuito a qualche cosa, io non so. Il Cardarelli ha dimostrato che gli aneurismi possono guarire in modo spontaneo.

E' certo però che il ghiaccio è un mezzo coagulante di cui molti clinici si sono serviti. Se vi fossero stati fatti di ateromasia generale e di scierosi distrofica, la guarigione non sarebbe avvenuta certamente, perchè le cause sarebbero ancora persistite.

A tutto ciò poi bisogna aggiungere la prova testimoniale e quella dell'inferma. Il cerito qualche volta deve far tesoro delle cognizioni e delle prove, che possono essergli fornite di fuori.

Da quanto ho detto si può conchiudere che nell'infansia, quando si osserva un caso di aneurisma, prima di pensare al traumatismo, bisogna vedere se esistano fatti di arterite, e quando quest'osservazione risulti negativa, allora con accuratezza è necessario cercare se vi siano stati fatti traumatici antecedenti.

In tal modo il perito medico-legale sarà sicuro non della diagnosi, che è alla portata di tutti, ma dell'etiologia dell'aneurisma.

Antonio Marone

PRATICA BATTERIOLOGICA

Riserche fisielegiche su un nueve funge: P « Euretiepels Cayoni». Laborde.— Le conclusioni a cui viene l'autore sono le seguenti: questo fungo, come molti altri della sua famiglia, quali l'Aspergillus niger, il Penicillum glaucum, si coltiva nei messi artificiali: la composizione minerale del liquido Baulin si adatta benissimo, come pure la sua composizione azotata, la quale è superiore a tutte le altre sorgenti di azoto minerale o organico che sono state saggiate.

La sua nutrisione idrocarbonata comparata a quella dell' Aspergilius niger presenta delle notevoli differense. L'alcool etilico, la glicerina, la mannite, il lattosio, che non possono servire ad alimentare l' Aspergillus niger, se non quando questo è arrivato allo stato adulto, sono utiliszati invece dall' Envotiopsis al momento della germinazione delle spore. Invece il saccarosio e la inulina sono completamente esclusi dall' alimentazione dell' Envotiopsis.

Gli alimenti indirettamente assimilabili utilizzati dall'Eurotiopsis non sono consumati che dopo aver subito una trasformazione diastasica analoga a quella che essi subiscono dalle altre cellule viventi e capaci di nutrirsi dei medesimi alimenti.

Nella nutrizione idracarbonata dell'*Eurotiopsis*, di fronte a quella dell'*Aspergillus niger*, si trova ancora una differenza molto importante. Con la mancanza dell'ossigeno dell'aria, con l'*Aspergillus*, si vede comparire l'acido ossalico come prodotto della combustione, mentre che con lo *Eurotiopsis* non lo si trova mai: in queste condizioni, piuttosto, la nutrisione idrocarbonata dell'*Eurotiopsis* subisce una deviazione che si estrinseca con la fermentazione alcoolica dello succhero.

L'Eurotiopsis rappresenta, dunque, un tratto di unione tra i meszi che sono dei puri agenti di combustione e i fermenti che hanno l'ufficio principale di produrre la fermentaziane alcoolica dello succhero.

Fissazione dell'azets libero dal bacilio delle nedesità delle leguminese. Mazè con le sue ricerche dimostra che i bacilli delle leguminose, posti in un mezzo conveniente che racchiuda quanto più è possibile le condizioni naturali che trovano nelle nodosità, si sviluppano in un modo sorprendente e compiono la loro funzione, così importante, della fissazione dell'azoto libero dell'atmosfera.

Centribute alle studie dei bacilie dei tife. Remlinger e Schneider hanno constatato l'esistenza del bacillo del tifo nei differenti mezzi esterni, l'acqua il suolo e anche nel tubo digestivo di individui normali.

H' stato ritrovato anche nelle acque potabili, ritenute pure. Così introdotto nell'organismo vi vive inoffensivo fino a quando una causa occasionale, risultante forse da un' associazione microbica, lo faccia diventare patogeno.

Sulle angine da bacille di Friedizender. Nicolle a Hérbert da una seria di ricerche climiche e batteriologiche, concludente che esistene delle angine dovute al bacillo di Friedlaender e delle angine dovute al bacillo difterico e di Friedlaender associati. Queste ultime sono più rare e più benigne e in esse è grande la persistenza delle false membrave.

Sulls siereterapia della peste bubonica. Yersin ha iniettato il siero di cavalli immuniszati contro la peste, per messo di iniezioni intravenose di culture recenti del bacillo della peste, ai topi, e ha osservato cha questi non ammalavano se 2 ore dopo veniva loro inoculato il bacillo della peste. Il siero dunque ha un'azione preventiva e a più forte dose un'azione curativa. Questo siero adaperato dall'autore nell'Indo-Cina nell'uomo diede risultati molto soddisfacenti (su 26 casi 2 morti e il resto guarigione) (Annales de l'Institut Rasteur, n. 1, 1897).

SPOGLIO DEI PERIODICI INGLESI

- « The Lancet », 16 genuajo 1897.
- I: Il Creosoto nella cura della Tubercolosi pleuroperitoneale dei fanciulli. Thoma, in due casi di pleuro-peritonite tubercolare, somministro agli infermi il creosoto, alla dose circa di 9 a 15 grammi,
- I vari sintomi cominciarono gradatamente a diminuire d'intensità, fino a scomparire del tutto.
- L'A. quindi consiglia tale metodo di cura in tutte le peritoniti tubercolari, prima di ricorrere alla laparotomia.
- II. Sulla febbre ghiandolare dei ragazzi.— Dawson Williams, si occupa della fenomenologia e dell'anatomia patologica di queste malattia, riassumendo brevemente quanto si conosce sull'argomento.
- I carattesi priscipali di questa malattia sono la febbre e l'ingressamento delle ghiandele linfatiche.
- In quanto alla causa, non tutti gli autori sono di accordo.
- Comby suppone che sia dovuta ad una infesione streptococchica attenuata, il cui punto di entrata sia la superficie delle tonsille.
 - Stark ritiene piuttosto che eesa sia prodotta dal-

l'assorbimento di una tossina formatasi nel tubo intestinale

Non é difficile che questa malattia sia una forma di pestis misor, a cui rassomiglia per i vari sintomi e per il suo decorso.

III. Nota sui calcoli vescicali, — K e e g a n paragona la litolapassi con la litotomia laterale dei fanciulli riferendo una statistica comprendente 509 casi, in cui fu fatta la litolapassi, 267 in cui fu eseguita la litotomia laterale e 4 casi operati con la litotomia mediana.

Egli viene alla conchiusione che, anche nei ragazzi da 7 ad 8 anni, con uretra normale, la migliore operazione, per liberarli da un calcolo vescicale, è la litolapassi.

IV. La patogenesi dell'albumosuria e della peptonuria. — Kenneth Watson, discute le varie teorie messe avanti, per spiegare l'albumosuria e la peptonuria.

Le principali sorgenti delle albumose e dei peptoni, sono tre, essi possono formarsi nel tubo gastro intestinale, nel sangue e nei tessuti per alterazione morbosa.

L'A. esamina dettagliatamente queste varie sorgenti, occupandosi specialmente della sanguigna.

É molto probabile che i batterii agendo sulle sostanze proteidi del sangue e dei tessuti le trasformino in albumose e peptoni, più per un processo emolitico, che per un processo emogenico.

V. Tetano traumatico curato con le iniezioni ipodermiche di acido fenico. — Arturo Eddwes, in un caso di tetano traumatico, sviluppatozi in un uomo a 41 anno, per una puntura all'alluce, fece delle iniezioni di acido fenico.

Le condizioni dell'infermo, che erano bastantemente gravi quando fu inocminciata la cura, ben presto mig.iorarono ed in un mese era del tutto guarito.

Leiniezioni furono fatte per varii giorni, mattino e sera; la soluzione impiegata fu del 2 per 100.

VI. Sulla fotografia dei calcoli vescicali e renali coi raggi X. — Laurie e Leon, riferiscono il risultato di due ricerche, fatte allo scopo di poter trarre, per mezzo dei raggi X, dei radiogrammi di calcoli vescicali e renali.

Le due ricerche ebberq esito positivo, potendo ottenere delle immagini distinte di due calcoli di acido urico l'uno posto artificialmente nel rene di un cadavere, l'altro risiedente nella vescica di un individuo operato poscia di litotrisia.

Greco

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Schmario. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La peste bubonica e la cura col siero. — 2. Lavori originali. Ospedale civile di Nicastro, diretto dal dott. Emmanuele Grande. Il Polmone in opoterapia. Nota del dott. E. Grande.—8. Rivista di Clinica. Clinica chirurgica della Carità di Parigi (prof. Tillaux). Epitelioma della faccia. — 4. Neuropatologia. — 5. I batteriologi contemporanei — 6. Note terapiche.— 7. Spoglio dei periodici.—8. Nostra corrispondenza-9. Notizie.-10. Necrologio.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

La peste bubonica e la cura coi siero E. Roux

La peste bubonica è scomparsa dall' Europa, ma infierisce tuttavia in parecchie regioni della Asia, specialmente nella Cina, dove fin dal 1871 si è fissata nel Yunam, ed ogni anno, dal marso al luglio, miete numerose vittime. La malattia incomincia per attaccare i topi, che vengono fuori dai loro nascondigli a schiere, corrono per le case, e muoiono in gran numero. Índi, viene la volta degli animali domestici, e poi dell'uomo.

Nel 1882 la peste apparve a Pakhoi, ma a Canton non vi fu alcun caso. Nel 1882 fece capolino, per la prima volta, a Canton, importata certamente da Pakhoi, dove non è mai scomparsa del tutto. Alcune famiglie, che da Canton migrarono a Hong-Kong trasportarono la peste quivi. Nell'epidemia, che infierl a Hong-Kong, Yersin ebbe occasione di fare ricerche batteriologiche sulla peste bubonica, i cui risultati furono da lui, dopo poco tempo, annunziati.

Negli infermi di peste si rinviene costantemente un batterio specifico, che si riscontra in grande quantità nei buboni e nei casi gravi passa nel sangue; all'autopsia si riscontra nelle glandule linfatiche, nell fegato e nella milza. Questo batterio, che può essere constatato colorando il contenuto dei buboni con colori basici di anilina, rappresenta un bacillo corto, con estremità arrotondite, le quali si lasciano colorare più fortemente della porzione c ntrale. Trattasi, in fondo di un cocco-bacillo, che si decolora col processo di Gram, si lascia facilmente coltivare sull'agar ed in brodo a'calino, e quivi forma corti bacilli, disposti a forma di rosario.

Il cennato bacillo, si riscontra non soltanto negli uomini attaccati da peste bubonica, ma altresi nei ratti, che al principio dell'epi lemia muoiono in gran numero. Inoculando culture pure di peste umana, si può produrre la malattia nei ratti e nei topi.

L'animale inficiato muore nello spazio di 36-40 ore. Le glandule, limitrofe al punto dove fu fatta l'inoculazione, sono fortemente ingrossate, e circondate da un tessuto edematoso; quelle delle altre parti del corpo sono tumefatte, e, al pari del fegato e della milsa, contengono grande quantità di bacilli. Inoltre, i ratti possono essere inficiati somministrando loro con gli alimenti le culture pure del bacillo della peste; e gli ani- rel avevano fatto ricerche di tal genere sotto

mali, così inficiati, possono contagiare nella gabbia quelli sani. Sicchè partendo da una cultura pura, si può produrre un'epidemia, la quale si distingue da quella sorta spontaneamente solo perchė rimane limitata ad una sola gabbia, e non si diffonde ad una intera città.

Durante il tempo in cui infierisce un'epidemia di peste bubonica, ed anche quando essa è cessata, nel suolo delle regioni infette si rinviene un batterio, ch'è molto simile a quello della peste bubonica, però e meno viralento di quello coltivato dai buboni. Questo batterio si conserva nel suolo, e ciò spiega l'infezione dei ratti in condizioni favorevoli. In siffatto modo sorgono e divampano le epidemie. Con mirabile intuito il Pasteur, nella sua relazione circa l'attenuazione dei virus batterici ed il repristinamento della loro virulenza, scrisse, a proposito della pretesa comparsa spontanea delle peste a Benghazi negli anni 1856 e 1858: «fondandoci sopra i fatti finora noti, bisogna ammettere che la peste, la quale è una malattia virulenta, peculiare di talune regioni, sia dovuta a germi, i quali sono dotati di una lunga esistenza. In tutti qu >sti paesi il virus deve persistere ia forma att.nuata, ma sempre pronto a riprendere la sua virulenza tostoche ricompariscano le condizioni fa-vorevoli (clima, miseria, fame) ». Le ulteriori ricerche hanno ribadito pienamente l'intuito geniale del Pasteur.

Questa etiologia ci spiega perchè la peste inflerisca con tale intensità nei paesi, come la Cina, dove teopra un terreno contaminato in tutti i modi possibili, e popolato da uno sciame infinito di ratti, vivono ammuochiate numerosissime famiglie.

La peste, che al principio è una malattia dei ratti, diviene ben presto un flagello dell'umanità. Si può, quindi, ammettere, che la distruzione dei ratti debba costituire un efficace mezzo profilattico della peste. Y e r s i n osservò a Hong-Kong, che anche le mosche possono trasmettere il virus. Egli potette contagiare di peste bubonica le cavie, iniettando loro acqua sterilizzata, nella quale erano state triturate mosche morte di peste.

Al pari degli animali, anche l'uomo può essere inficiato per la via di lesioni di continuo della pelle o della bocca. Il bacillo della peste fu rinvenuto nelle dejezioni. Del resto negli appestati non sono rari i fenomeni di enterite. Qualche volta le glandule periferiche non sono punto tumide, ma all'autopsia si riscontra una tumefazione delle glandule mesenteriche (baboni interni). Tutti questi particolari sono importanti per conoscere la diffusione della malattia ed in riguardo alle misure profilattiche da prendere.

Dopo che Yersin, nel 1894, ebbe osservato a Hong Kong la peste bubonica, ritornò a Parigi per studiare più accuratamente il bacillo della peste nell'Istituto Pasteur e specialmente per eseguire esperimenti di immunizzazione negli animali. Gia prima di lui, Calmette e Bola guida di Roux. L'injezione sotto-cutanea della quarta parte di una cultura fresca del bacillo della peste bubonica sopra agar, produce, nei cavalli, una considerevole tumefazione, la quale decorre con febbre intensa, che dura per 48-60 ore, indi diminuisce gradatamente, e ter-

mina spesso con un ascesso.

Per evitare la suppurazione, si ricorse alla injezione intravenosa. Già 46 ore dopo l'injezione, la temperatura raggiunse 40° e talvolta anche 41°,5; il cavallo è allora abbattuto, ha brividi. La febbre persiste per alcuni giorni a questa altezza, e diminuisce gradatamente, senza che si possa scorgere la menoma traccia di tumefazione glandulare. Le iniezioni furono ripetute con dosi più alte, ma a più lunghi intervalli, affinchė i animale avesse potuto riaversi dopo ogni injezione. Sovente appariscono tumefazioni delle articolazioni, sinoviti, che non suppurano. Durante l'immunizzazione, i cavalli dimagrano fortemente; bisogna però evitare di ripetere con troppa frequenza le inoculazioni. Gli animali reagiscono ad ogni injezione di una forte dose; però la durata della reazione diviene più breve dopo ogni inoculazione.

Il primo cavallo, immunizzato in tal modo, fu salassato tre settimane dopo l'ultima injezione, e fu sperimentato il suo siero sopra i sorci. Gli animali muojono tutti, se si inocula loro il bacillo virulento della peste, e, mediante ripetuti passaggi da sorcio a sorcio, si ottiene un virus molto virulento. I sorci, ai quali fu inoculato 0,1 cc. del siero di cavalli immunizzati, non ammalano più, quando, dodici ore dopo venivano inficiati con bacilli della peste. Sicchè il siero esercita un'azione preventiva. Va da sè, che, prima di eseguire questi esperimenti di immunizzazione, fu accertato che il siero dei cavalli normali, nonchè di altri animali normali, non esercita alcuna azione profilattica. Per guarire sorci i quali dodici ore prima erano stati inficiati di peste bubonics, si dovette injettare 1-11[s cc. di siero. I sorci, trattati con queste dosi, guarirono, mentre gli animali di controllo morirono. Quindi, il siero mostrava una pronunziata azione curativa. Questi risultati fecero sperare che anche la cura col siero potesse essere efficace nell'uomo. E nel fatto Yersin, ritornato nell'Indo-Cina, potette installare un laboratorio nell'Annam, in vicinanza di uno dei punti dove più infieriva la peste. Sventuratamente, quando nel gennaio del 1896 la peste scoppiò di nuovo a Hong-Kong, l'Istituto non poteva funzionare ancora completamente, perchè non vi era un numero sufficiente di animali immunizzati. Soltanto il 10 giugno, Yersin potette recarsi a Hong-Kong con 80 boccettine di siero antibubonico, ottenuto da cavalli immunizzati. Al 20 giugno, nell'ospedale di Kennedytown non vi era più alcun caso di peste. A Hong-Kong non vi erano allora che tre o quattro casi di peste bubonica al giorno, in case private, e quivi Yersin trovò un'accoglienza così ostile che non potette sperimentare il nuovo rimedio.

Egli si recò allora a Canton, ma anche ivi la

epidemia era a termine, e malgrado il più zelante appoggio da parte del console francese, non fu possibile sperimentare sopra alcuni cinesi appestati, perchè la popolazione di Cauton è molto irrequieta, e nimicissima degli europei.

Per fortuna, a Yersin si presento ivi propisia l'occasione per controllare clinicamente la efficacia del rimedio. Un giovine missionario francese fu colpito gravemente dalla peste, e volentieri accetto la cura, che Yersin gli propose.

Il caso era molto grave, ed il risultato non poteva essere più splendido. Bastarono trenta co.

di siero per guarire l'infermo.

Da Canton, Yersin si recò ad Amoy, dove la peste bubonica infieriva terribilmente facendo numerose vittime. Amoy è una città che ha due a trecentomila abitanti, ed il suo porto è frequentato da numerose navi, che vengono sopratutto da Singapore, Marsiglia, Shangai e Hong-Kong. La peste vi fu importata nel 1895 da Hong-Kong, e vi persiste quasi sensa interruzione, tranne qualche breve pausa d'inverno. Quivi Yersin ebbe agio di potere sperimentare il siero in 28 casi, dei quali 21 guarirono. E' a notare, però, in riguardo agli ultimi due casi, che essi furono presi in cura il quinto giorno della malattia; l'uno morì cinque ore, e l'altro ventiquattro ore dopo la prima iniesione.

Il siero, adoperato da Yersin in Amoy, era stato fabbricato nell' Istituto di Pasteur a Parigi. A dosi di 0,1 cc. aveva costituito una tutela sufficiente per sorci del peso di 20 gram. Era stato spedito dapprima a Nha-Trang, e di là fu inviato in Amoy. Questo fatto ha una grande importanza, perchè dimostra che il siero antibubonico, anche se inviato a grande distanza, conserva immutata la sua efficacia curativa.

Inoltre, è a notare, che il siero, usato da Yersin, non possedeva tutta quella efficacia, che si può ottenere. Anzi, in confronto al siero antidifterico ed antitetanico, poteva ritenersi perfino debolissimo. Sicchè, bisogna sforzarsi di ottenere un siero più forte, più attivo, che possa agire più efficacemente ed in dosi più piccole. Del resto, in molti casi Yersin ha adoperato una quantità di siero superiore a quella che era necessaria; e finanche ai convalescenti egli ha fatto iniezioni, per accelerare la guarigione. Qualche volta gli infermi accusavano dolori abbastanza intensi nel sito dell' iniezione, i quali, però, dissipavansi rapidamente.

La diagnosi batteriologica non potette essere tatta in tutti i casi, perche mancava il tempo necessario a tale uopo. Però, in molti casi si rinvenne il bubone specifico. Ad ogni molo, la peste bubonica è una malattia, la cui diagnosi e facilissima, sicche non vi è da temere che abbia potnto capitare qualche equivoco diagno-

stico.

Il siero antibubonico è dotato di proprietà antitossiche, oppure soltanto antibatteriche? Per dare una risposta a tale domanda, bisognerebbe conoscere la tossina della peste bubonica.

Questa tossina esiste. Yersin riusci ad iso-

larla dalle culture, ed egli si è proposto di farne un esame molto accurato tostochè ne avrà il

tempo.

Finora, il siero antibubonico è stato adoperato soltanto nei casi in cui la malattia era già scoppiata. Ma, dalle osservazioni fatte sugli animali bisogna desumere, che esso probabilmente sarebbe molto più efficace come mezzo preventivo anzichè come mezzo curativo. Sicchè, bisogna trarre l'illazione, che non appena in una casa venga attaccato qualcuno da peste bubonica, sarebbe indicato eseguire inoculazioni preventive di siero antibubonico a tutti gli altri membri della famiglia.

Yers in ritiene che questa misura sarebbe la più efficace contro la diffusione della malattia. I futuri esperimenti negli animali dimostreranno quanto tempo duri la immunità, prodotta

in tal modo.

Yersin si propone di sperimentare questa inoculazione preventiva, tostoche possedera tale una quantità sufficiente di siero da intrapren-

dere una nuova campagna.

Considerando i risultati finora ottenuti col siero antibubonico, e riflettendo che prima della fabbricazione di questo siero si era addirittura inermi contro uno dei più micidiali morbi della umanità, vi è da rallegrarsi della grande scoverta fatta da Yersin, e del talento con cui egli ha saputo subito utilizzarla nella pratica. Auguriamoci che, nella nostra vecchia Europa, mon sia mai per suonare l'ora di utilizzare tale scoverta (Therapeutische Wochenschrift, n. 5, 1897).

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI NICASTRO, diretto dal dott. E M. MANUELE GRANDE. — IL POLMONE IN OPOTEBAPIA. Nota del dott. E. GRANDE.

Fin dal mese di agosto 1896 ho iniziato alcuni esperimenti sull'uso del polmone di animali sanissimi (vacca) nella tubercolosi polmonare, e dopo circa tre mesi di osservazione in un infermo di bronco-alveolite tubercolare, pubblicai i primi risultati ottenuti in una breve nota (Riforma Medica, num. 271, novembre 1896), appunto perchè fino a quell'epoca ignoravo se altri avesse praticato la medesima cura nei tubercolotici, e nella maniera da me adoperata. Non accennai allora alle osservazioni contemporaneamente fatte sugli animali, e che tuttavia continuano.

Ora nel n. 18 gennaio 1897, dello stesso giornale, leggo alcuni esperimenti sul medesimo argomento del Brunet (Bulletin mèdical, n. 108 1896), ed in cui si parla di succo polmonare, usato nella cura delle bronchiti, nella tubercolosi polmonare, ecc.

Probabilmente tali esperimenti del Brunet sono antecedenti a quelli da me fatti, ma certo da me ignorati; el ora benchè le mie osservazioni sieno abbastanza poche, credo cosa utile, facendo seguito a quelle di altri autori, pubblicare il caso clinico, da me studiato, un poco più diffusamente, notando i fatti ottenuti fin oggi, ed i risultati avuti nelle cavie, curate con un liquido ricavato dal polmone di vacca medesima, e convenientemente preparato.

Nel caso clinico il polmone è stato adoperato sia in sostanza e dopo cotto, e sia sotto forma di polvere, dopo essiccato il polmone ad una certa temperatura.

Nella cavie invece ho adoperato, sempre per via della bocca, una specie di brodo, ottenuto dalla polvere del polmone, ignorando, quando iniziavo tale studio, altre preparazioni di succo polmonare.

Caso clinico.—P. Scalese, d'anni 26, da Nicastro, calzolaio. Nulla da parte dell'eredità, nè ha sofferto pel passato altre malattie. La malattia attuale data dal febbraio 1896 e, cominciò con tosse, febbre e sudori notturni, sintomi che l'infermo trascurò per circa 4 mesi, quando vi si accompagnò una emottisi ostinata, ed allora nel mese di maggio, chiese ricovero nell'ospedale.

Presentava nutrizione abbastanza scaduta, colorito pallido anemico, nessuna tumefazione glandulare.

Temp. 38°,9 alla sera. Polso 100; Resp. 24. Apparecchio respiratorio. — Torace non parali-

Apparecchio respiratorio. — Torace non paralitico, solo un pò infossata la fossa sotto-clavicolare destra, e poco mobile il torace destro negli atti respiratori. Alla percussione lieve suono
timpanico nelle fosse sopra e sotto-clavicolari di
destra; posteriormente suono ottuso timpanico;
in tutto l' ambito del torace destro. All' ascoltazione rantoli numerosissimi a piccole e medie bolle, in taluni punti come crepitanti e
leggermente sonori, con respirazione indeterminata.

A sinistra respiro di compenso. Nulla negli altri organi ed apparecchi.

Esame dell'espettorato. — Muco-purulento sanguigno abbondante; bacilli di Koch (60.70) senza fibre elastiche.

Urina.—Normale. Peso del corpo 52,700.

È inutile dire che malgrado tutte le cure adoperate per circa due mesi, l'infermo non ha miglioramento alcuno. La febbre anzi aumentava di molto nelle cre della sera fino a 39°, con profusissimi sudori, e con scadimento nutritivo profondo.

Fu allora che prima di tentare la cura del siero antitubercolare, mi venne in mente l'organo? terapia nella tubercolosi, cura che io credevo perfettamente nuova, e cominciai ad amministrare il polmone nella quantità di 1₁2 kg. al giorno all' infermo.

In seguito l' ho amministrato sotto forma di polvere in pillole ed alla dose di 4 a 5 grammi al giorno.

Avendo praticato la cura per circa cinque mesi, ed ottenuto alcuni risultati rimasti da più tempo stazionari, mi son fatto a pubblicare questa 1º osservazione clinica.

Dopo la cura. I sintomi che si possono dire scomparsi completamente sono:

La febbre, che da due mesi circa non raggiunge alla sera che appena 37°; i sudori profusissimi, e l'emottisi che non si è più ripetuta.

L'espettorato, è poi divenuto quasi mucoso ed allo esame microscopico, ripetuto più volte, ho trovato appena 5 a 10 bacilli di Koch.

All'esame fisico del torace si nota diminuzione notevolissima dei rantoli, e suono più chiaro alla percussione.

Il peso del corpo è poi aumentato da 52,700, a 59 kg.

L'infermo non è certo guarito, ma i risultati avuti dalla cura del polmone sono quelli sopra accennati.

Dirò ora brevemente delle esperienze nelle cavie, dovendo certo continuarle su vasta scala.

Il 7 novembre 1896 sono state inoculate tre cavie con sputo tubercolare, ed una di esse rimasta come controllo, è morta il 10 decembre, dopo, cioè, 88 giorni. All' autopsia trovo pleurite con tubercolosi polmonare, del fegato e della milsa.

Le altre due cavie sono state curate con la polvere del polmone, trattata con acqua distillata fino all' ebollizione, e poi filtrata da ottenere un liquido quasi limpido biancastro cedrino.

Ad una inizio la cura dopo il 10º giorno dalla inoculazione dello sputo; all'altra dopo il 20º.

Queste due cavie (or son passati quasi tre mesi dall' inoculazione dello sputo, e 50 giorni circa dalla morte della cavia di controllo), vivono tuttavia, vegete, senza presentare ancora alcun segno apparente di tubercolosi, nè alterata nutrisione.

In base a tali risultati, credo, non debba riuscire vane, introdurre nella cura della tuber-

colosi polmonare l'uso del polmone, e che possa giovare in questa malattia, come nelle altre malattie indicate dal Brunet, tanto più che nei due casi di tubercolosi citati da questo autore si sono avuti i medesimi risultati.

Continuerò intanto le mie osservazioni con più diligenza, appena mi sarò provvisto del succo polmonare od estratto preparato nel modo da me antecedentemente ignorato, e che ora facilmente si può avere dai laboratori di organo-terapia.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica chirurgica della Carità in Parigi (prof. Tiliaux)

Epitelioma della faccia.

L'inferma di cui mi occupo ha una malattia che è degna di considerazione.

Questa rimonta a 15 anni addietro.

Negli sutceedenti ereditari, non si trova traccia alcuna di neoplasia e la inferma che vi presento ha goduto sempre perfetta: salute.

Nel 1880, essa per caso si accorse che sul suo pomello esisteva una macchia nerastra, assolutamente indeleate, però non se na diede pensiero.

La macula aumentò, divenne saliente e sanguinante.

Nel 1891 venne a consultarmi all'Hôtel-Dieu; essa pre entava un tumoretto grosso quasi quanto una noce, che asportai molto facilmente e l'inferma guari in pochi giorni, però rimase un punticino nerastro che io non asportai per evitare lo ectropion essendo molto prossimo alla palpebra.

La donna stette bene, ma nel 1895 (4 auni dopo l'intervento) una nuova chiazza nera comparve a 2 cm. al di sotto di quella asportata.

Ben presto si formò ivi un tumore, non più indolente, ma che dava spesso sensazioni di scottature lancimanti.

Poi la tumefazione lasciò gemere un liquido rossastro, talvolta decisamente emorragico.

Ed allora la donna ritornò a me ed io la ho caservata il 18 scorso gennaio.

Alla parte più saliente della regione malare, potei riscontrare le tracee della mia prima operazione, una zona nera in avanti, nero giallastra verso dietro; questa zona non presentava alcuna salienza, ma era semplicemente un:po' resistente al palpamento.

Due centimetri più in basso, quasi a livello della pinna nasale, esiste il tumose in questione. Esco ha la grandezsa di una moneta da 10 centesimi ed è di forma irregolarissima; di colore nero in avanti, è giallo nerastra verso dietro. Alla parte posteriore lascia notare una salienza di alcani millimetri, a margini irregolari frastagfiati. La parte inferiore della salienza è ulcerata, di colore giallastro e da essa vien fuori un seoreto nerastro che si rapprende sotto forma di croste.

Noi, silunque, ci troviamo in presenza di una malattia di antica data, poichè rimonta a 17 anni addietro.

Siamo in presenza di una melanosi, la quale è stata confermata exiandio dall'esame microscopico, ma io posso dirvi che si tratta di un epitelioma. Io non saprei dirvi se il tumore che fu asportato fosse della stessa natura, poichè non lo ricordo, ma attualmente ci trovi.mo in presenza di un epitelioma sorto su di un fondo melanotico, analogamente a quello che spesso accade pel cancro della lingua che sorge sopra una sona psoriasica.

Sono fenomeni comnessi ed assolutamente ana-

Ma questo epitelioma melanico ha qualche cosa di eccesionale. In fatti non v'ha chi non sappia di quanta malignità e rapidità di generalissasione sia dotato il tumore melanico. Ed intanto nella nostra donna il tumore è stato più che benigno. Come va tutto questo?

Dobbiamo confessare di saperne ben poco, anzi nulla del tutto.

Tra gli epiteliomi della faccia ve ne ha alcuni i quali presentano una spiccata benignità.

Fra gli epiteliomi facciali, io considero quelli delle gote, delle palpebre, dell' angolo interno dell'occhio, ma non quelli delle labbra i quali hanno la stessa malignità degli epiteliomi delle mucose degli orifici.

Questi epiteliomi hanno per carattere comune un decorso molto lento.

Essi non invadono i linfatici.

L'ammalata che vedete ha una salute perietta; i suoi gangli sono intatti e quindi noi siamo molto lungi da quella malignità, da quel carattere metastasico rapido, che hanno alcuni epiteliomi (quelli della punta della lingua in ispecie).

Possono questi epiteliomi, a decorso si lento, guarire spofftaner mente?

Disgraziatamente no: la guarigione spontanea degli epiteliomi è una chimera.

di quella categoria di cui ci cocupiamo; in questa io ho potuto osservare la guarigione spon-

Voi siete ancora troppo giovani per aver inteso parlare di un certo dott. Noir, il famoso medico che guariva i cancri; egli ebbe l'occasione di curare e guarire il celebre Sax (famoso fabbricante di strumenti musicali) du un epitelioma cutaneo della faccia. Ed allora egli acquistò un nome straordinario; alla sua porta v' era in continuazione una fila di cocchi a 2 ed a 4 cavalli; tutti i cancerosi di Parigi passarono pel suo studio.

Io stesso ho veduto ia madre di un mio college, la quale 20 anni fa aveva un epitelioma della geta, guarire con cataplasmi di fecola di patate.

Quando era giovane, io vedevi alla facoltà medica, un impiegato, il quale aveva un epitelioma dell' savgolo futerno dell' occilte ; elibene, egli ne guari completamente senza alcun rimedio.

V' ha dunque epiteliomi della faccia che possono guerire spontaneamente.

Czerny, su 12 epiteliomi delle palpebre, conta: 7 guarigioni sensa recidive, 8 morti per malattie intercorrenti e 2 viventi senza recidive.

In \$8 epiteliomi del naso poi, 20 guariti sensa . recidive, 8 morti con recidive, 7 morti per malattie intercorrenti, 8 guariti senza nuovo intervento, 5 vivi con recidive.

Su 20 epiteliomi delle gote: 10 guariti sensa recidive, 6 morti di recidive, 8 morti per affezioni intercorrenti, 4 morti per cause ignote, 8 partiti senza dar notizie di sè, 8 vivi con recidive.

È adunque evidentissimo che la prognosi di questi epiteliomi non è nemmeno lontanamente da paragonarsi con quella dei cancri rettali o della lingua.

A proposito del naso, io non voglio qui comprendere gli epitelioni dell'ala del naso i quali sono epiteliomi della mucosa e quindi più gravi, ma intendo parlare solo degli epiteliomi cutanei.

Per ciò, nella cura di questi ultimi, bisogna usare ogni precausione perchè non si perforino le parti costituenti fino ad arrivare sulla mucosa delle fosse nasali.

Gli epiteliomi dell' angolo interno dell' occhio, meritano di essere compresi negli epiteliomi della faccia, però tra questi e quelli delle commissura labiale corre molto. Questi ultimi sono gravissimi. laddove quelli dell'angolo interno dell'occhio Perè y' ha una escesione, e questa è in favore harmo un desorso lunghassimo, sia che si sviluppino dal lato cutaneo che congiuntivale; essi non si generalizzano e recidivano sempre allo stesso punto. Io ricordo di avere operato fino a 7 volte un uomo che vive ancora. 20 anni prima dell'ultimo intervento io feci l'ablazione di un epitelioma; a questo seguirono altri interventi più o meno gravi, eppure egli vive e sta bene.

Nella nostra inferma io mi accontenterò di fare l'anestesia locale alla cocaina; indi circoscriverò il tumore in una incisione ellittica, lo asporterò ed eseguirò la sutura.

Io lascerò in sito la parte interna e superiore, poichè quivi non si tratta di epitelioma (Le Progrès mèdical, 80 gennaio 1897).

Nacciarone

Sulla patelegia generale delle cellule nervese

Si sa che la cellula nervosa è in generale costituita di una parte fondamentale acromatica, e di una parte cromatica, che ha una configurazione varia nelle diverse cellule e un'affinità speciale pei colori di anilina. Quando si pratica la sezione di un nervo motore, si constatano nel centro corrispondente, delle alterazioni che cominciano da una prima fase, denominata dal Marinesco fase di reasione, caratterizzata dalla disgregazione della sostanza cromatica, la quale si inizia specialmente dal cono di origine del cilindrasse. In uno stadio più avanzato la cromatolisi si estende a quasi tutto il corpo cellulare e il nucleo invece di occupare la porzione centrale della cellula, si trova avvicinato più o meno al margine cellulare. A misura che questa fase si accentua, la delicata striatura del corpo cellulare e dei prolungamenti protoplasmatici scomparisce, mentre che gli elementi cromatofili si riducono ad una fine polvere. Il Marinesco ha potuto inoltre constatare che mentre alcune cellule nervose possono resistere al taglio del loro prolungamento e cadono in atrofia e alla fine scompaiono, altre, invece, sono capaci di sopravvivere in seguito al taglio del loro cilindrasse.

La reintegrazione anatomica di queste cellule coel modificate, costituisce una questione interessantissima dal punto di vista generale.

Nissi in un lavoro su tale argomento dice quanto segue: « dopo la sezione del facciale, un piccolo numero di cellule nervose scompare, ma la maggior parte si riparano lentamente, forse per messo di nuove connessioni nervose, di modo che dopo 50-60 giorni dal taglio, è difficile per un osservatore non esercitato, di differenziarle delle normali ».

Marines co, volendo completare lo studio di questo problema, ha intrapreso una serie di esperienze con risultati molto soddisfacenti. Egli ha esaminato il bulbo in conigli, nei quali aveva

sesionato l'ipoglosso, e che erano stati tenuti in vita per 24, 48, 68 e più giorni. I fenomeni di riparazione sono già ben netti e determinati a capo di 24 giorni : a questo periodo le cellule del nucleo dell'ipoglosso, corrispondente al nervo sezionato, sono molto più grosse di quelle del lato normale, e molto più intensamente colorate. Ad un ingrandimento più forte, si nota poi che le cellule ipertrofiche sono delle vere cellule giganti rispetto alle cellule atrofiche: il loro nucleo è di ordinario un pò eccentrico e più intensamente colorato del normale. Gli elementi cromofili, molto voluminosi, sono disposti in forma di filamenti, e questo fatto rende più spiccato l'aspetto striato della cellula.

La neoformasione degli elementi oromofili non si presenta di una maniera uniforme in tutte le cellule in vie di riparasione.

In alcune questo processo di ncoformazione è nettamente perinucleare e allora la cellula presenta attorno al suo nucleo, un anello formato di elementi cromofili, mentre che alla periferia si vedono degli elementi molto più giovani e meno intensamente colorati.

Altre volte si osserva un anello periferico e un anello centrale, separati da una zona chiara.

Nei conigli che sopravvissero quarantassi giorni, queste modificazioni sono più accentuate: il volume della cellula è ancora più grande.

Questa ipertrofia lenta continua sempre e dopo 8 mesi Marinesco asserisce che queste cellule ipertrofiche hanno già ripreso la loro configurazione normale, solo il loro volume è aumentato.

Inoltre esse si trovano in uno stato di pienomorfia evidente, cioè gli elementi cromotofili sone più densi. Un fatto essenziale, sul quale il Marinesco insiste, e di cui si deve tenere conto nell'evoluzione del processo di riparazione dopo il taglio dei nervi periferici, riguarda la riunione completa o incompleta, o anche l'assenza della riunione dei due monconi dei nervi sezionati. Marinesco, può affermare che quanto più favorevoli sono le condisioni di riunione dei due capi, tanto più sono facilitati i fenomeni di riparazione della cellula nervosa. Un altro fattore che esercita un'influenza evidente nella rapidità dei fenomeni di riparazione è l'età dell'animale, e la specie (la riparazione è più rapida nel coniglio anzichè nel cane).

L'ipertrofia progressiva della cellula nervosa, nel caso del taglio del suo cilindrasse, dimostra, secondo Marinesco, che se, in un elemento anatomico i fenomeni di disintegrazione sono relativamente minimi rispetto ai fenomeni di integrazione, esso si ipertrofizza: la cellula nervosa aumenta di volume per sopperire alle lesioni che avvengono nei due capi del nervo sesionato, e non è che più tardi, cioè quando la continuità del nervo periferico è ristabilita, che la funzione ricomparisce: in questo caso l'ipertrofia dell'elemento ha preceduto la reintegrazione funzionale di esso.

Questi risultati sperimentali si possono anche applicare allo studio delle polinevriti. Difatti,

ascondo Marinesco, le polinevriti con soluzione di continuità dei cilindrassi determinano nei centri midollari lesioni simili a quelle che realissa il taglio sperimentale: cosiche oltre alla fase iniziale di semplice reazione e a quella finale di atrofia cellulare, si dovrà anche ricercare la fase di riparazione, che si constata sperimentalmente.

Ciò per le lesioni secondarie degli elementi nervosi: Marinesco passa in seguito (La Presse mèdicale, 1897) a parlare delle lesioni primitive dei centri nervosi. La prima alterazione che si trova nella maggior parte dei casi è la disgregazione della sostanza cromatica, cioè la cromatolisi, che può esser periferica, come nella rabbia, nell'anemia sperimentale, botulismo (Marinesco), nell'uremia acuta sperimentale (Acquisto e Purateri); perinucleare, come nell'intossicazione per arsenico (Schöffer), nella paralisi di Landry (Marinesco); diffuss, parsiale o generale: quest'ultima coesiste quasi sempre con le due precedenti e si trova sempre nei casi di lesione molto avanzata delle cellule nervose.

Ma ciò che caratterizza e che rende più gravi le lesioni primitive, è la partecipazione alla lesione della sostanza acromatica, sia del protoplasma che del nucleo. Le lesioni della sostanza acromatica possono essere ridotte, secondo Marines e o,

a due grandi processi.

Il primo è costituito dalla disgregazione molecolare della sostanza acromatica, e il Marines co propone di chiamarlo acromatolisi: tale disgregazione può arrivare a produrre delle solusioni di continuità grossolane, quali si vedono nell'anemia acuta sperimentale, si ha allora la morte rapida della cellula nervosa.

Il secondo è costituito della coagulazione, e probabilmente della trasformazione della sostanza acromatica in una massa incolora e d'aspetto ialino. Qualche volta come nell'anemia sperimentale, si trova la coagulazione di tutte le parti costitutive della cellula nervosa, e allora quest' ultima perde il suo aspetto striato per assumere quello di una rete brillante, forcemente colorata. Questo processo cagiona irreparalbilmente la morte della cellula nervosa.

Un altro fatto che si riscontra nelle lesioni primitive, è la colorazione intensa della sostanza acromatica. Secondo Lugaro questa colorazione esprime anche un'alterazione della sostanza acromatica, ma essa non dice nulla nè sul grado, nè sulla natura dell'alterazione stessa.

Un' altra lesione, alla quale il Marinesco attribuisce molta importanza, e che si riscontra molto spesso nelle alterazioni primitive dei centri nervosi, è la proliferazione attiva, abbondante delle cellule nevrogliche, in rapporto diretto con l'alterazione della sostanza acromatica. Il Marinesco crede che ogni qualvolta esista un'alterazione profonda della sostanza acromatica, le cellule nevrogliche che si trovano vicine alle cellule nervose s' iperplasizzano e assumono l'ufficio di neuronofagi. Nelle lesioni secondarie o a distanza, invece, l'alterazione della nevroglia si rituse ad una tumefazione delle cel-

lule nevrogliche, e nella fase regressiva delle cellule nervose può anche arrivare alla proliferazione di un piccolo numero di cellule nevrogliche, ma in ogni caso è poco intenso e non ha che un' importanza secondaria.

Il Marines co termina la sua rassegna rilevando l'importanza che ha lo studio della patologia cellulare per la terapia, specialmente delle intossicazioni e quindi anche per la immunizzazione, giacchè quando si sarà bene approfondita l'asione biochimica dei veleni sulla cellula nervosa nelle sue manifestazioni così variabili e così multiple, solo allora si potrà passare allo studio dei contravveleni.

I BATTERIOLOGI CONTEMPORANEI

Emilio Behring,

Ricaviamo il presente cenno biografico sul prof. E. Behring da un articolo pubblicato nella Mèdecine modèrne di Parigi, in occasione di una visita che l'illustre batteriologo ha fatto alla redazione di quel periodico.

Non è la prima volta che il prof. Behring, trovandosi in giro nelle principali città estere, visitò gli uffici di redazione dei periodici di medicina. Due anni addietro, fanche la redazione della *Riforma Medica* ebbe l'onore di una visita, assai cortese e graditissima, e pubblicammo una intervista in proposito.

Il prof. Behring nacque il 15 marzo 1854 a Hansdorf (Prussia occidentale); fece i suoi studi a Berlino e fu laureato dottore in medicina nel 1878. Medico militare, restò nell'armata attiva sino al 1895, e fu obbligato di cambiare molte volte di guarnigione volendo sempre continuare le sue ricerche; egli lavorò diverse volte al laboratorio di Koch (1886, 1887, 1888), fu al laboratorio di Binz a Bonn nel 1887 e 1888. Nel 1894 pubblicò, lavorando nell'istituto di Koch, gli studi più importanti sulla siero-terapia.

Nominato subito professore ad Halle, è attualmente docente d'igiene all'Università di Marburgo. Allo scopo di dedicarsi completamente alle sue ricerche, il professore Behring si fa supplire al corso d'igiene, e ha riservato una gran parte del suo laboratorio esclusivamente agli studi di siero-terapia; è ivi che egli lavora costantemente, continuando senza tregua le sue ricerche su quell'argomento al quale ha consacrato tutta la sua intelligenza e tutte le sue forze, via immensa nella quale è stato uno dei primi ad indirizzarsi, comprendendone l'importanza estrema. Ricercatore pieno d'intuito, ha mostrato agli altri il sentiero da seguirsi adesso. Si conoscono da tutti i risultati immensi che le sue ricerche hanno prodotto.

Il professore Behring è freddo d'aspetto, ma di modi affabilissimi, ha capelli e barba biondi tagliati cotti, l'occhio bleu, profondo e vivo, l'insieme della figura denota una rara energia.

Comprende rapidamente ciò che gli vien detto, risponde pensatemente con un metodo perfetto; nel terreno che gli è familiare, è di una grande lucidità, e le idee gli si succedono con logica, benissimo espresse.

Be hring vi da l'immagine di un gran pensatore; prima d'esperimentare, egli ha lungamente meditato; in lui il pensiero domina la mano.

La sua grande scoverta si è originata in questo modo.

Da più di 15 anni egli cercava di rendersi conto del modo d'azione che poteva avere il jodoformio sui batterî; le sue ricerche gli mostrarono che questa azione era nulla sui batteri stessi, ma, poichė il jodoformio agiva benissimo come disinfettante delle ferite, bisograva ammettere che la sua azione si spiegasse in altro terreno.

Questo-altro terrene non poveva essere che i veleni microbici, secreti dai batteri, per ciò il jodoformio agiva come antitossico dei veleni microbici; incamminatost in questa via, egli si domandò allora se tutti i microbi secregassero una sostanza tossica. In questo campo fece delle ricerche con Ruyter (1886) e constatò che veramente cert microbi secregano delle tossine, causa probabile delle malattie, e che, di conseguenza, queste si potettero guarire per mezzo di sostanze antitossiche. Beh ring continuando nella sua idea, pervenne alla nozione della presenza possibile nel sangue di queste sostanze antitossiche, con le quali si spiegherebbe la guarigione delle malattie infettive.

Con questa idea direttrice fece delle esperienze nel laboratorio di Binsa Bonn; fu allora che, studiando chimicamente il sangue, scovrì nel siero di sangue dei topi bianchi un corpo che uccideva i batteri carbonchiosi, ma che non era antitossico. Queste ricerche rimontano al 1887, sono unteriori a quelle di Bichete Hèricourt; furono a quell'epoca analizzate e discusse da Duclaux negli «Annali dell'istituto Pasteur».La teoria degli agenti antibatterici immunizzanti nel liquido dell'organismo fu nettamente formulata, e mise in oblio, per qualche tempo, l'idea del potere antisettico.

Behring ricercò in seguito se vi fossero nel sangue, allo stato fisiologico, delle sostanze anti-batteriche per malattie diverse dal carbonchio; così cercò spiegare l'immunità naturale per quelle malattie.

Fu nel 1869 che intraprese delle ricerche sulla difterite e sul tetano con Kitasato; non potendo troyare l'immunità naturale contro queste malattie, si domandò allora a che cosa fosse dovuta l'immunità acquisita, che può facilmente osservarsi dopo queste malattie; non trovò in questi casi delle sostanze anti-batteriche. Ricordandosi delle sue prime ricerche sul iodoformio, Behring pensò, che come nel jodoformio ove il jodio distrugge le tossine, l'organismo poteva elaborare una sostanza, che aveva un'azione simile sulle tossine, neutralizzandole e impedendo di spiegare la loro azione letale.

Gli esperimenti sulla tossina difterica, scoverta

tasato, dimostravano la verità di questa ipo-

Le antitossine, secondo Behring, hanno una azione chimica neutralizzante sulle tossine; questa azione, quando le si iniettano nel sangue degli animali ammalati, è immediata, diretta; essa si avvera negli umori e non nelle cellule, se non si manifesta istantaneamente, ciò è causato da che le cellule dell'organismo sono state impressionate dalla fermentazione, prodotta nel sungue dalla tossina.

L'antitossina non proviene della cultura, ma dall'organismo, é fabbricata da esso, sosto l'influenza dell'eccitazione, determinata della tossina.

L'attività învestigatrice di Behring non si è solumente limitata a queste malattie; per la tubercolosi possiede una antitossina, che iniettata ad una cavia insieme ad una dose di tossina tubercolare mortale, impedisce la morte dello animale; però l'uso terapeutico sull'uomo lo crede ancora prematuro; forse si avrà la possibilità di agire efficacemente nelle forme acute (meningite, tubercolosi miliare).

La tubercolina di Koch la caratterizza con questa frase: è la tossina pura della tuberco-

Per il colera, con il suo allievo Ban so m, egli ha trovato una antitossina che sperimentalmente è attivissima; essa sarà probabilmente insufficiente

Recentemente, in un articolo, pubblicato nel Fortschritte der Medicin, l'illustre scienziato ha esposto le modificazioni che si propone d'apportare al siero antidifterico.

In avvenire il siero sarà somministrato sotto forma solida, non conterrà nè acido fenico nè alcun altro antisettico; così modificato, egli crede che il siero potrà conservarsi indefinitamente, senza perdere la sua efficacia; gli accidenti poi che alle volte derivano dal suo uso, saranno certamente evitati.

Pollaci

NOTE TERAPICHE

Cura della pieurite essudativa. H. Noumann. Secondo il concorde giudizio di tutti i medici , gli empiemi possono essere guariti soltanto con l'operazione. Divergenti sono, in vece, le opinieni circa la cura da seguire negli essudati sierosi e siero-fibrinosi. In atti, quantunque nel Congresso medico, tenuto nel 1886, sia stata abbastanza chiarita codesta questione, a partire da quel tempo, si suole sempre ricorrere alla cura chirurgica quando a) vi è un' indicazione vitale, b) quando l'essudato è molto abbondante (e pervenga in avanti fino alla terza costola), e c) quando il riassorbimento è molto lento; vi sono, perc, medici, i quali sogliono seguire sempre una cura piuttosto aspettante, altri che vorrebbero sempre al metodo chirurgico, ecc. Così, per es., da Roux, e su quella tetanica, scoverta da K i- Rochelt porta opinione che gli essudati pleurici acuti sierosi debbono essere vuotati alla fine della prima, tutt'al più alla fine della secon-da settimana. Zi e m s s e n ritiene fermamente, che buoni e definitivi risultati si ottengono quando la toracentesi venga eseguita al più tardi nella tersa settimans. Anche Rosenbach vorrebbe che l'operazione venisse eseguita al più presto possibile.

Invece, Strumpell sostione che, nei casi recenti, non sia permesso operare sensa una causa urgente molto seria. Biedert riferisce due casi, per combattere l'operazione troppe precoce. In uno di questi casi trattavasi di un bambino di quattro anni, con essudato totale a sinistra , che scomparve, con relativa rapidità, mediante una cura aspettante. Nel secondo caso trattavasi di una bambina, nella quale era stata fatta la puntura in primo tempo, per grave estopia cardiaca, e non si ottenne la guarigione.

Inoltre, Biedert mensiona pure talune ricerche sperimentali, le quali deporrebbero contro

l'operazione in primo tempo.

Tra l'altro, egli richiama l'attensione sopra gli ceperimenti di 8 chapiro, il quale avrebbe costatato, che nella pleurite, prodotta artificialmente con l'ammoniaca, si ebbe un forte peggioramento quando si tentò di diminuire la pressione con la puntura. Anche Hoffmann è partigisno della cura aspettante; ed anche quando si tratti di soddisfare all'indicazione vitale, egli, oppostamente all'opinione degli altri medici, vorrebbe che venisse vuotata soltanto una piccola parte del liquido del cavo pleurico.

L'autore, dopo avere esposto le opinicni dei più eminenti clinici sul proposito, le passa alla stregua di un esame vigoroso, e perviene alla conclusione, che qui, al pari, che in tutti gli altri capitoli della terapia, non bisogna schematissare e generalissare , ma « individualissare » i casi. Tutt' al più , sarebbe permesso , secondo lui, di affermare, che il medico può ricorrere alla cura aspettante sol quando si tratti di una pleurite essudativa di indole non maligna, nella quale l'assudato non sia molto abbondante, e le condisioni generali dell'infermo sieno abbastanza buone. In tutt' altro caso, il medico dovrà regolarsi secondo le condizioni peculiari dell'infermo.

Visono, per es., pleuriti a decorso fulmineo, nelle quali in brevissimo tempo insorgono gravi sintomi minacciosi. Bisogna allora eseguire la toracentesi anche quando la febbre fosse alta, per diminuire la grande quantità del versamento, e così alleviare un poco le sofferenze dell'infermo. In ultimo, Neumann richiama l'attensione sul fatto che in molti casi di pleurite essudativa egli avrebbe ottenuto buoni risultati con le acque mi- [nerali di Wernarz.

Con eese fin dal principio della cura gli infermi incominciano a sentirsi molto alleviati.

Contro la febbre si potrebbero adoperare, con successo, gli impacchi alla Priessnitz, applicati per due a tre ore.

Quando trattasi di essudati di mediocre inten-^{sità}, questa cura darebbe buoni risultati. N e u- | dell'ano (*Le Bulletin mèdical*, 8 febbraio 1897). mann è convinto perfino, che le acque di Wer-

nass agiscono non seltanto attivando fortemente la diuresi, ma altresi esercitando un'azione rianimatrice specifica sulle membrane sierose. E sul proposito egli fa rilevare che Schüller ha trovato l'acqua di Wernarz efficace in parecchie affesioni articolari croniche (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 5, 1897).

Cura delle cistiti tubercelari con le iniczieni intravescicali d'aria sterilizzata. Ramend. — Dopochè la esperienza ci ebbe invegnato che una semplice laparotomia può produrre la guarigione d'una peritonite tubercolare, alcuni hanno tentato—falvolta con successo — di curare quest' affezione con iniesioni intra-peritoneali d'aria sterilissata.

Anzi recentemente si è preconizzata l'iniezione d'aria entro le meningi spinali , come messo di

cura della meningite tubercolare.

L'autore propone ora una cura analoga per la cistite tubercolare, cioè le iniesioni d'aria steriliszata, che egli ha adoperato sinora in tre casi, oon favorevoli risultati.

La tecnica operatoria è semplicissima. L'autore esegue le iniesioni mercè una sonda molle sterilizzata ed una siringa da idrocele di 100 cc. di capacità. Un piccolo saffo d'ovatta asettica situato nella cannula della siringa, fa sì che l'aria filtri a traverso il cotone, ed arrivi per ciò in vescica priva di ogni germe. Si esegue il cateterismo, e dopo uscita l'urina, si fa, a traverso la sonda lasciata in sito, una prima iniezione di 100 cc., d'aria, che si spinge lentamente entro la vescica. Ritirata la cannula, l'aria fuoriesce a traverso la sonda. Immediatamente dopo, si injettano, rapidamente, da 250 a 800 co.ª di aria. Si oblitera il lume della sonda, comprimendo quest'ultima con una pinsa, e si lascia l'aria in contatto con la mucosa vescicale per circa cinque minuti. Poi si ritira bruscamente la sonda: l'aria forsa lo sfintere e non tarda ad essere espulsa.

L'operazione — a parte il cateterismo — non è affatto dolorosa. Essa vien rinnovata ogui due o tre giorni, sino a che i dolori e gli altri sintomi molesti siano cessati intieramente.

L'autore, data l'esiguità delle esperienze cliniche da lui compiute, si astiene per ora dal giudicare il valore della tecnica operativa da lui seguita, e dallo stabilire la indicasioni del nuovo metodo di curs. Esso potrà forse essere insufficiente in non pochi cesi di cistite tubercolare.

Tuttavia, data la sua semplicità, la sua innocuità ed i buoni risultati ottenuti, esso merita di essere tentato prima di ogni altra cura; e specialmente lo si dovrà tentare in quei soggetti profondamente cachettici, nei quali ogni intervento cruento è controindicato.

E probabile che l'aria iniettata agisca qui come nella peritonite tubercolare. Tuttavia bisogna tener conto d'un altro fattore, cioè della dilatazione della vescica e dello sfintere, merce l'aria iniettata sotto pressione. L'aria agisce forse sullo sfintere, come la dilatazione forzata nella ragade

SPOQLIO DEI PERIODICI

INGLESI

« British Mèdical Journal », 16 gennaio 1897.

I. Concorrenza della scarlattina a della febbre enterica. Cos g r a v e.—Quantunque siano stati mensionati molti casi, in cui dei convalescenti di febbre enterica abbiano contratto la scarlattina o viceversa, pur nondimeno una vera concorrenza di queste due affesioni, con uno stesso periodo di incubazione, non è comune; per cui l'autore riferisce 5 casi, in cui ebbe luogo questo

tatto.
Un punto interessante, su cui l'autore richia-

ma l'attenzione, è questo, che la scarlattina, invece di aggravare l'intensità ed i danni della febbre enterica, la fece piuttosto in un certo qual

modo abortire.

Lo stesso può dirsi per l'asione ecercitata dalla febbre enterica sulla scarlattina.

II. Sull' emigrazione della milza. — Blaud Suttlon esamina il meccanismo della migrasione della milza; le modificazioni che questa e gli organi vicini possono subire, occupandosi della diagnosi e della curs.

La splenectomia, conchiude, non è soltanto giustificabile, ma una operazione della più alta

importanza.

III. L'eucaina come anestesico locale nella chirurgia della gola, del naso e dell'orecchio.—Horne e Macleod Yearsley riferiscono il risultato delle loro osservazioni fatte con questa
sostanza.

I metodi adoperati furono, per l'orecchio l' instillazioni calde di una soluzione, per 5-7 minuti, inclinando la testa sul lato opposto; per il naso lo seffamento per 5-10 minuti di un pesso di cotone imbevuto nella soluzione; per la gola il pennellamente.

Le conchiusioni, a cui sono venuti riguardo al potere anestesissante di questa sostanza, sono

le seguenti:

L'anestesia si produce più lentamente di quella dovuta alla cocaina (5-10 minuti;) quando però essa era del tutto stabilita avea la stessa intensità della cocainica.

La durata era di 10 a 26 minuti.

L'eucaina, frattanto, rispetto alla cocaina, in certi casi offrirebbe dei vantaggi, non dando luogo agli effetti toesici, che questa può produrre.

IV. La cura della tisi per mezzo del guaiacolato di piperidina. Chaplin e Tunnicliffe.—Le conclusioni a cui gli autori sono venuti sono queste:

1º Îl guaiacolato di piperidina è un farmaco perfettamente innocuo alla dose di 5-80 grammi, tre vol:e al giorno;

2º Non produce alcuni effetti dannosi.

8º E' sopportato molto dallo stomaco e, sotto questo punto di vista, è uguale a qualunque altro derivato del guaiacolo;

4º Sotto la sua influenza, i pazienti migliorano nell'appetito e nelle condizioni generali; V. Un caso di tetano curato con le iniesioni sottocutanee di sublimato corrosivo.— Harold Handley in un caso di tetano in una ragazza a 9 anni, fece delle iniesioni giornaliere sottocutanee di sublimato corrosivo alla dose di gr. 0,0059, 2 volte al giorno.

Alla seconda iniezione, gli spasmi erano nettamente diminuiti in frequenza ed in intensità; dopo 11 iniezioni, il parosismo era intieramente cessato e da quest'epoca si ebbe una guarigione

sicura e definitiva.

VI. Sulla tecnica della siero-diagnostica delle febbri acute specifiche. Wright. — Il sangue, che è facilmente ottenuto in sufficiente quantità dal dito per messo della sua punture, viene aspirato da una pipetta rigonfiata nella parte centrale.

Questa pipetta viene trasformata in una capsula ripiena di sangue, chiudendo alla lampada la pipetta in due punti, l'uno superiore e l'altro inferiore al rigonfiamento.

Dopo 24 ore, essendo già separato dal coagulo il siero, questo viene aspirato per messo di un altra pipetta capillare, fino a che arriva ad un sogno posto in essa.

Si versa allora il siero in un bicchierino e viene diluito con soluzione fisiologica di cloruro di sodio, riempiendo per altre 4 volte successi-

vamente la pipetta fino al segno. Oltre di questa soluzione. è conve

Oltre di questa solusione, è conveniente per ogni siero, fare della altre solusioni al 1/10, al 1/25, al 1/50 ed all'1 p. 100.

Si aspira una piccola quantità di siero diluito per messo di una pipetta speciale col tubo a sedimentazione in modo che arrivi fino ad un segno indicato.

Si fa pervenire poi al disotto di esso una bolla di aria, la quale servirà come indice.

Certamente il siero si innalserà occupando una porsione del tubo superiore a quella di prima.

Si aspira con questo tubo-pipetta una piccola quantità di emulsione batterica uguale al siero, in modo per ciò che arrivi al primo segnale.

Si mescolano i due liquidi aspirando nel tubo e facendo arrivare in una dilatazione che si trova nel mezzo della pipetta.

Si fa scendere il liquido nel tubo della pipetta, la cui estremità inferiere viene chiusa alla lampada.

Si ripete tutto ciò che si è descritto, col siero di sangue normale per avere un controllo.

Dopo 24 ore si esaminano le modificazioni avvenute nalla miscela di siero e di emulsione batterica,

VII. Il bleu di metilene nella gonorrea. — Moore in 7 casi di gonorrea ha adoperato le iniesioni di soluzioni di bleu di metilene.

Il periodo acuto in tutti i casi era di molto accorciato e le sofferenze grandemente diminuite.

Greco

The Lancet, > 27 gennaio 1897

I. Le affesioni sifilitiche del cuore.—Sidney-Phillips parla delle varie lesioni che possono riscontrarsi nella parete cardiaca, la cui causa deve attribuirsi alla sifilide.

Esamina minutamente i sintomi delle gomme del ventricolo sinistro e del ventricolo destro, della infiltrazione fibroide accompagnata o no da dilatazione cardiaca, dell'atrofia del tessuto connettivo del cuore e degli aneurismi della parete. V. n. 81 del nostro giornale.

II. L'asportazione dei tumori pelvici suppurati.—Alban Doran nel riferire due casi, in cui furono asportati due tumori pelvici suppurati, s'intrattiene specialmente sulla tecnica operatoria, dando vari consigli pratici.

III. Vitalità. — Lionel Beale considera la vitalità, il potere vitale, come un quid, da cui direttamente dipendono la composizione, i caratteri, la struttura intima e la attività di tutti gli organi e di tutti i tessuti dell'organismo vivente.

Mancando il potere vitale, non potrebbe esistere una struttura caratteristica di un essere vivo.

Il potere vitale separa appunto fra di loro gli elementi combinati nelle varie sestanze, che costituiscono il *pabulus*a della vita, li raggruppa in un modo diverso dando luogo a nuove combinasioni.

IV. Il principio attivo della canape indiana. Marshall.—Fra i vari lavori fatti in questi ultimi anni sui principi at ivi della canape indiana, i più importanti sono quelli di Wood, Spivey e Easterfield; essi hanno isolato una terpina, una se quiterpina, una paraffina, un olio rosso tossico o resina.

Quest'ultima sembra essere il principio attivo della droga ei è stata ottenuta dagli autori da pareschie preparazioni commerciali, cioè dalla cannabina di S m i t h, dal cannabinone di Merck, dalla resina cannabina di Merck.

Gli autori hanno proposto per essa il nome di cannabinol.

Il Marschall appunto in questo lavoro ha voluto studiare le proprietà farmacologiche di queste sostanze.

Egli non viene ad una conclusione assoluta, nell'uso, che potrebbe farsi del cannabinol, ma si limita a riferire i risultati di alcune ricerche fatte su sè stesso.

L'ingestione di gr. 0,05 di questa sostanza produsse in lui i seguenti sintomi;

prima di tutto una secchezza ed una vischiosità alla bocca, accompagnata da un sapore speciale, e seguito da una debolezza generale specie alle gambe.

Dopo qualche tempo l'osservatore fu colto da sonnolenza e da visioni abbastanza stranc.

Andato a letto, dormi tutte la notte.

Dosi più piccole non producono alcan sensibile effetto.

V. Su certi tumori apparentemente organici della cavità orbitaria scomparsi con la cura medica.— Si me o n S n e l l, partendo dall' assersione di P a n a s che molti tumori pseudo-maligni dell'orbita possono scomparire con una cura

interna, anche sensa essere di natura sifilitica, ma per il fatto che sono dovuti ad una discrasia prodotta da qualche tossina, in 4 casi di tumori orbitari, tentò la cura di joduro di potassio.

I tumori da lui studiati, avevano grande rassomiglianza con i sarcomi; erano elastici, non fluttuanti o pulsatili ed alcune volte nodulari alla superficie.

Quantuzque avesse poteto nascere subito il sospetto che si fosse trattato di sifilomi, l'autore pur nondimeno li ritenne dalla stessa natura di quelli del Panas.

Consiglia quindi, come regola generale, di tentare la cura interna in tutti i tumori orbitari, prima di passare alla operazione.

Greco

NOSTRA CORRISPONDENZA

Pavia 8 febbraio 1897

Ciinica medica Prepodeutica della R. Università di Pavia

Prima di iniziare un corso regolare e di corrispondense intorno al movimento di questa clinica, credo opportuno di dare un breve cenno sulla disposizione, e sui corsi che in casa vengono impartiti.

La clinica è diretta dal prof. B. Si l v a, il quale è cadiuvato dagli assistenti dott. Z o i a e prof. Can t u libero docente e dott. Ferrar i. Essa comprende due infermerie, una per gli uomini el'altra per le donne, un laboratorio di chimica e microscopia clinica, un gabinetto di batteriologia uno per gli esami oftalmoscopici ed elettrici, nonchè la scuola e l'ambulatorio.

Il laboratorio di chimica e microscopia clinica, annesso alle due infermerie, è provvisto di un materiale abbastanza ricco, malgrado le scarse risorse, quale è richiesto dalle mo ierne esigenze della acienza. Di questo possono usufruire gli studenti, che numerosi frequentano il corso di chimica e microscopia clinica, ed usufruiscono ogni anno medici ed allievi interni che qui vengono ammessi a scopo di studio e di perfezionamento.

Oltre a ciò la clinica è provvista della più parte di quegli apparecchi, i quali possono riuscire utili nella pratica giornaliera e ciò nell' interesse non solo degli studenti e della scienza, ma anche per il bene degli ammalati.

Il gabinetto di batteriologia, quantunque non molto ampio, possiede un numero notevole di quegli apparecchi che agli esami batterioscopici e batteriologici sono necessari.

In questa clinica vengono impartiti diversi corsi di insegnamento, uno di clinica m. propedeutica per gli studenti del IV^o anuo, uno di patologia speciale m. di mostrativa per quelli del IV° e del V° ed uno di clinica m generale obbligatorio per studenti del V° anno. Questi corsi sono tenuti dal prof. Silva. Oltre a questi vi ha quello di esercitazioni pratiche di chimica e microscopia clinica tenuto dall'assistente dott. Zoia, non che un corso libero di patologia speciale medica dim. tenuto dal prof. Cantt.

Il prof. Silva pei suoi diversi corsi di insegnamento, oltre che degli ammalati della clinica, si serve di quelli delle sale dell'ospedale e dell'ambulatorio; egli ai suoi corsi procura di dare un indirizzo pratico, tanto che di solito non viene trattata alcuna forma morbosa, sensa che prima sia stato presentato l'ammalato da essa affetto. Questo indirizzo eminentemente pratico, egli non abbandona nel suo corso di clinica generale, dove, ad ogni lezione, vengono presentati uno o due casi. Per tal modo nel corso di un anno gli studenti hanno potuto vedere non solo una serie numerosa di ammalati, ma anche di casi diversi e non di rado molto importanti. Da ciò l'importanza di questo corso, la quale ne è chiaramente dimostrata dal numeroso ed attanto uditorio che costantemente lo frequenta.

Monti Ernesto

NOTIZIE

Il microb.a della peste boyina

Koch e Edington hannoincominciato uno studio batteriologico e sperimentale della peste bovina nul laboratorio a Kimberly.

L'esame del sangue degli animali infetti ha mostrato a E d in g t on la presenza, in qualche caso, di forme bacillari, le quali però non sono costanti.

Egli riusci a i isolare e a coltivare un corto bacillo di 2 μ di lunghezza, la cui inoculazione diede risultati positivi.

li numere dei medici in Germania

In Germania, come in Francia, il numero dei medici cresca notevolmente.

Nel 1886 in tutto l'impero germanico i medici pratici erano 16202, mentre nel 1896 arrivarono al numero di 24000.

Nelle provincie renane i medici sono in maggior numere delle altre provincie (2208).

A Berlino 2077 invece di 1198 quanto erano nel 1898. A Monaco, su 400000 abitanti vi sono 528 medici; ad Amburgo in 625000 abitanti, 487 medici; a Francoforte in 229000 abitanti, vi sono 229 medici; a Lipsia in 898000 abitanti, vi sono 868 medici; a Colonia su 821000 abitanti, vi sono 357 medici e ad Hannover su 209500 abitanti, si contano 215 medici.

NECROLOGIO

PAOLO DUROZIEZ

É morto a Parigi il Dott. Duro siez Paolo nell'età di 71 anno. Egli ha pubblicato numerose memorie, relative alla patologia cardiaca, che in questi ultimi tempi ha sintetissato in un trattato didattico, il quale é stato onorato dalle più alte ricompense dell'Istituto e dell'Accademia di medicina. Decorato della croce della legione d'onore, era medico pratico onestissimo, un lavoratore instancabile di una modestia rara-

Col nome di « malattia di D u rozies » va la stenosi mitralica pura e congenita.

Redattore respensable: Dott: WUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE MEDICO CHIRURGICHE

Bertinono — Forlí. — Condotta medico-chirurgica a tutta cura. Assegno annuo L. 8000. Saranno preferiti concorrenti che mostreranno maggiore attitudine nella pratica chirurgica.

Scadenza 15 febbraio.

Toriso — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera.

Scadenza 28 febbraio.

Volterra - Pisa. - Condotta della sezione Villamagna e sobborghi di Città. Assegno annuo L. 1500 e L. 500 per indennità di cavalcatura. Cura piena. Aumenti sessennali.

Scadenza 15 febbraio.

Vormo — Udine. — Condotta-medico-chirurgica. Stipendio annuo L. 2800 più 200 lime quale ufficiale sanitario, e cent. 85 per ogni vaccinazione.

Scadenza 15 febbraio.

Sommario. — 1. Riviste sintetiche. Sui recenti lavori di con lieve diminusione della medesima, dopo lunga elettro-diagnostica ed elettroterapia. — 2. Lavori originali. Ospedale civile di Crespano Veneto.—Ascesso eprticooperato, e successivamente apertosi nella pelvi renale, pel dott. Mantovano.—3. Rivista di Clinica, Clinica medica dell'Hôtel-Dieu (G. Caussade). Ul. cera gastrica, ematemesi fulminee, morte.— 4. Rassegna della stampa. Neuropatologia.— Diagnostica medica. — Sieroterapia.— Ginecologia. — 5. Note terapeutiche-

RIVISTE SINTETICHE

Sui recenti lavori di Elettro-diagnostica ed Elettro-terapia

Parecchi lavori sono stati di recente pubblicati sulla resistenza alla condusione del corpo umano. D'Armand ha abbandonato il metodo proposto dal Gaertner e dal Jolly per misurare questa resistenza, ed ha invece adoperato il metodo di Martius, con cui ha eseguito circa 1000 esperimenti sull'uomo vivente e sul cadavere. In generale i risultati ottenuti confermano ed ampliano le ricerche del Gaert. nere del Jolly, meno che in alcuni punti.

Infatti D'Armand ha trovato che la resistensa sulla palma dei piedi è molto elevata, e quando il passaggio della corrente si fa durare a lungo, è anche variabile ; invece sul dorso della mano e del piede la resistenza diminuisce quando si fa passare per lungo tempo la corrente. D'Armand conferma il fatto, che dopo aver cangiato la direzione della corrente, la resistenza diminuisce, e ne ricerca la causa in parte nelle proprietà dell'organismo animale, in parte del polarizzarsi degli elettrodi. Questa diminuzione della resistenza dipende dalla grandezza e dal modo di applicare gli elettrodi, e quindi l'autore propone che nell'uso della corrente galvanica a scopo diagnostico o terapeutico, l'eletrode indifferente venga sostituito da un maniluvio o da un piediluvio. I vantaggi che l'autore si aspetta da questo metodo di applicazione, sono: la possibilità di una più vasta superficie d'applicazione dell'elettrode indifferente, la cui temperatura inoltre è misurabile e può essere mantenuta costante; la diminuzione delle oscillazioni di resistenza causate dall'ineguale pressione o dall'insufficiente inumidimento dell'elettrode; il regolamento facile della resistenza con l'approfondire più o meno la mano nel bagno.

Delle ricerche fatte da D'Armand negli ammalati, alcune sono specialmente interessanti, cioè quelle fatte sulle nevrosi e sulle psicosi. Nella malattia di Basedow egli trovò lievissima resistenza alla conduzione, nell'isterismo una resistenza molto grande. Nell'epilessia, le resistenze che si oppongono alla conduzione sono grandi, e maggiori nella follia epilettica. Nello idiotismo la resistenza è grande e la diminuzione della resistenza dopo che la corrente ha agito parecchio tempo, è molto forte. In un caso di

durata della corrente. Nelle nevralgie e nelle emiplegie trovò una lenta diminuzione della resistenza nel lato sano e nel lato ammalato. Nella pleurite essudativa non c'era alcuna differenza di conduzione tra il lato ammalato ed il sano.

Alte Schmidt, nelle loro ricerche sulla resistenza alla conduzione che offrono i vari tessuti, hanno cercato di misurare la lunghezza della scintilla delle macchine ad elettricità statica. Essi mettevano in comunicazione un polo di una macchina ad influenza col terreno, in modo che l'elettricità era costretta ad attraversare una resistenza intercalata (cioè il tessuto che voleva esaminarsi), ovvero facevano in modo che la scintilla doveva attraversare una spazio d'aria misurabile mediante una vite micrometrica. L'estensione della scintilla veniva calibrata intercalando soluzioni saline, la cui resistenza alla conduzione era nota. Gli autori riempivano tubi di vetro di dimensioni determinate con pezzi di organo presi poco prima dall'animale vivente.

Con questo metodo, finora non adoperato da altri, essi hanno fatto una scala della diversa resistenza offerta dai vari tessuti animali.

Brandenberg, Krattere Verhoo-gen, hanno studiato l'asione distruttiva che esercitano sul corpo umano le correnti ad alta tensione che servono a scopo industriale. Si tratta di correnti poco intense, ma a forte tensione, in modo che raramente sono causa di morte. Verhoogen descrive il metodousuale di supplizio a Nuova-York per mezzo dell'electricità. Viene impiegata a questo scopo una corrente di 3000 volts e di 10 amp. d'intensità.

Nel momento in cui passa la corrente, si ha paralisi del cervello anteriore e del midollo allungato, in modo che si arrestano la respirazione, l'attività cardiaca ed ogni sensazione; e poiche questa corrente si fa passare per lungo tempo a traverso il corpo, così non è più possibile il repristinarsi dei movimenti del cuore.

Geigel in un caso di tetania potè, facendo una compressione nel solco bicipitale, produrre una CACa come prima contrazione.

Nello stesso modo si comportano i nervi dell'uomo sano, quando si lega l'arto corrispondente con un tubo elastico, in modo che l'arteria ed il nervo vengano compressi.

Con debolissime correnti si manifestano una CACa ed una CAA mentre la CChCA si comporta normalmente. Gli esperimenti fatti non decidono se questi fenomeni siano dipendenti dalla compressione del nervo o dell'arteria. La reazione di compressione, come l'autore chiama questo modo particolare di comportarsi dell'eccitabilità elettrica, si ottiene anche negli arti non legati, quando a traverso al nervo si fa passare per un lungo tempo la corrente costante.

L'elettro-diagnostica speciale non ha subito negli ultimi tempi, alcun notevole incremento.

La maggior parte dei lavori ultimi trattano la questione della reazione degenerativa, dal punto di vista del Remak, il quale ritiene che il cazetano. D'Armand ha trovato lieve resistenza rattere principale della reasione degenerativa, non è l'inversione della formula di contrazione, ma la comparsa di contrazioni lente e vermiformi. Il Remak, inoltre, distingue una sensazione degenerativa galvanica ed una faradica. Questa ultima è caratterizzata da contrazioni lente che si suscitano in parecchi casi di paralisi spinali o periferiche, mercè la stimolazione con la corrente indotta diretta od indiretta. Ed analogamente il Bernhardt distingue una reazione degenerativa statica, caratterizzata da lentezza delle contrazioni prodotte dalla scarica di una macchina ad influenza. Perchè si possa ammettere, secondo il Remak, la reazione degenerativa faradica e la statica, è necessario che analogamente si comportino i muscoli alla corrente galvanica.

Le idee di Remak hanno trovato eco in una discussione nell'Accademia di Medicina di New-York. Il Dana osservò che nella reazione degenerativa le contracioni sono diffuse, ossia com pariscono su tutto il ventre muscolare. Il Le scynsky fece rilevare l'importanza dell'esame elettrico per la prognosi delle lesioni dei nervi periferici. Secondo lo Starz, per la prognosi e la diagnosi della nevrite multipla, l'osservazione elettrica non offre dati di qualche valore, e lo stesso sostiene il Sachs per le distrofie muscolari.

Il Bernhardt combatte vivamente l'idea sostenuta dal Gumpertz, cioè che il primo segno della nevrite degenerativa del nervo radiale nel saturnismo sia la scomparsa della reazione per il polo positivo della corrente indotta d'apertura. Il Bernhardt ha osservato lo stesso fatto in individui non ammalati di saturnismol Il Putnam, che ha trovato l'anomalia descritta dal Gumpertz in individui perfettamente sani, viene alla conchiusione che qui si tratti di una proprietà fisiologica del nervo radiale.

La controversia sorta tra il Bernhard t ed il Gumpertz, fa l'impressione come se il materiale di cui si sono serviti i due autori sia trop-

po scarso per decidere la questione.

Anche il Lescynsky si è occupato delle osservazioni del Gumpertz, e conviene con Bernhard te con P ut n a m nell'ammettere che l'anomalia osservata dal Gumpertz non possa essere impiegata per la diagnosi precoce della paralisi saturnina. Lescynsky richiama l'attenzione sul valore dell'esame elettrico per la diagnosi e per la prognosi delle malattie del sistema nervoso periferico, specialmente nel territorio del facciale e del plesso brachiale. Riferisce, inoltre, alcuni casi di paralisi del facciale e raccoglie in alcune proposizioni i precetti di elettro diagnostica. Secondo lui, la corrente faradica secondaria è più che sufficiente a scopo diagnostico, e poca importanza merita la reazione degenerativa. Per stabilire la prognosi, la determinazione della reazione degenerativa è meno importante della indagine esatta della causa, del grado e del carattere della malattia L'autore fa inoltre rilevare la grande facoltà di rigenerarsi

dei nervi periferici, anche quando la paralisi esiste da lungo tempo, e che quando esiste la reazione degenerativa, la motilità, specie nella intessicazione per piombo, può essere conservata. Viceversa, in casi di paralisi motrice di antica data, l'eccitabilità faradica può essere conservata. Bisogna evitare di adoperare forti correnti a scopo diagnostico. Per l'esame delle paralisi dei muscoli oculari, l'elettricità non si presta bene.

In riguardo ai lavori recenti di elettro-terapia, meritano in primo luogo di essere cennati i manuali di Hirt, Remak, Winhscheidel, il manuale di Konrad, Alte Schmidt. Essi richiamano l'attenzione sulla necessità che di mostra in modo esatto che l'elettricità ha un'azione curativa reale specifica, dimostrazione che finora nessuno ha fatto. Inoltre questi autori riconoscono l'enorme influenza della suggestione sui risultati che si ottengono; nondimeno credono ad un'azione propria dell'elettricità in parecchi casi.

Alt fa rilevare che spesso il mancato successo delle cure elettriche è dovuto all'imperizia del medico (8 ch mi dt's Jahrbücher, n. 6, 1897).

Moebius si esprima nel seguente modo: le dottrine elettro terapeutiche hanno bisogno di una conferma e dimostrazione. Si può contro di esse obiettare che il propter hoc sia semplicamente un post-hoc, ed in molti casi questa obiesione dif.

ficilmente può oppugnarsi.

Ma esiste un residuo di dottrina di cui non è permesso dubitare, ed a questo l'elettroterapia deve la sua forsa. Nondimeno se si considera attentamente questo gruppo di fatti, si scorge che essi non sono dissimili dagli effetti della suggestione. Quindi è possibile che nell'elettroterapia non si tratti che di suggestione, e questa possibilità si deduce dal fatto che manca ogni regolare nesso tra determinate azioni elettriche e determinati effetti. Io, dice il Moebius, non sono riuscito a trovare la dimostrazione che in una data cura elettrica non si tratti degli effetti del decorso stesso naturale della malattia, o di suggestione. Ed a questo proposito il Moebius cita una curiosa osservazione. Quando egli si trovavanella Clinica di Hitzig, si occupava, fra l'altro, di pigliare la curva del polso di vari ammalati nervosi. Dopo un certo tempo si vide che molti ammalati avevano ricevuto un'influenza favorevole da questa pratica del resto indifferentissima dal lato terapico: migliorarono dolori di varia natura, l'insonnia, la stitichessa, ed anche parecchie nevrosi motrici ne risentirono benefici effetti.

Intanto si può pensare che nella maggioranza dei casi in cui l'elettricità dà buoni risultati, questi medesimi possono ottenersi agendo per una altra via sulla psiche. Secondo Moebi us questi, casi rappresentano i 4/5 di tutti i casi in cui l'elettricità realmente giova. In precchi di essi l'elettricità è il migliore mezzo suggestivo; ciò vale in prima linea per le nevralgie. Non v'ha alcun altro mezzo più semplice e più comodo della applicazione elettrica per calmare realmente e prontamente un dolora

nevralgico. Nondimeno non è facile dire che si tratti di un effetto suggestivo fisicamente suscitato o di una modificazione fisica specifica. Le nevralgie a questo riguardo non si prestano per dimostrare se veramente l'applicazione elettrica abbia un effetto curativo specifico. A questo sco po servirebbero meglio l'osservazione degli effetti terapeutici nelle paralisi periferiche, le quali non sono state trattate con l'elettricità e dalla altra parte è trascorso il tempo in cui può aver luogo la guarigione od un notevole miglioramento spontaneo.

Se in tali casi l'elettricità produce un reale miglioramento, si potrebbe ammettere incontestabilmente l'azione specifica curativa dell'elettricità. Alcuni autori hanno cercato di fare simili osservazioni. Pignero, dell'Istituto di Lombroso, riferisce di una ragazzal che a 3 anni, in seguito ad una caduta, ebbe paralisi completa del facciale destro, e 10 anni dopo venne osservata dall'autore, che trovò paralisi periferica di tutti i rami del facciale per una lesione che aveva sede al di fuori del forame stilo-mastoideo. Dopo poche sedute di corrente galvanica si ebbe

un notevole miglioramento.

Wertheim-Salomonson osservo un ammalato di 28 anni, con paralisi facciale periferica sinistra causata da un processo morboso di una ghiandola cervicale. La paralisi durava da 17 anni, c'era quasi completa abolizione dei rifiessi, diminusione dell'eccitabilità faradica e galvanica diretta ed indiretta dell'elevatore e del quadrato del mento, mentre gli altri muscoli innervati dal facciale sinistro erano ineccitabili. Si cominciò l'applicazione della corrente galvanica e dopo 5 mesi alcuni fasci di fibre del muscolo frontale cominciarono a contrarsi: dopo poco tempo ancora la motilità riapparve in altri muscoli.

Sarebbe desiderabile che altre osservazioni simili venissero pubblicate insieme alle storie cliche complete, ed in questo modo si potrebbe progredire nelle conoscenze in questo campo così

oscuro.

Il primo autore che ha fatto un tentativo serio per dimostrare l'asione antiparalitica dell' elettricità, è il Remak. Secondo lui l'applicazione stabile del catode, del diametro di 5 cm., sul punto dolente ordinario del nervo radiale nel braccio, nei casi di paralisi da compressione, diminuisce momentaneamente il grado della paralisi e la durata della medesima. Verificatosi un niglioramento, giova l'applicazione labile del catode.

Infine Sperling tenne nel marso del 1894 un discorso all' Accademia medica berlinese sul valore terapeutico delle correnti galvaniche minime. I punti di questo discorso che meritano di essere rilevati, sono i seguenti. Le correnti elettriche hanno molta affinità per i processi vitali che si svolgono nell'organismo umano, esse rappresentano stimoli adeguati per i processi vitali dei tessuti. Hanno questa proprietà le correnti forti e deboli a qualunque tensione. Le correnti minime (0,1-0,5 M. A.) sono massimamente adeguate per i tessuti malati, perchè hanno la pro-

prietà di ricondurli allo stato normale. Per alcuni tessuti elevati le correnti minime non sono affatto specificamente adeguate. ad esempio per i disordini centrali che stanno a base dell'epilessia. Le correnti elettriche forti, possono agire in due modi sul corpo malato: o mercè l'elettro. lisi o mercè lo stimolo specificamente adeguato, il miglioramento ed il repristinamento della funzione fisiologia normale. L'efficacia teoretica delle correnti galvaniche minime non può spiegarsi con l'elettrolisi; se esse producono la guarigione, ossia agiscono in modo adeguato specifico, vuol dire che ag scono direttamente sul tessuto malato e la guarigione che esse producono è per ciò cansale (terapia causale). Il modo di agire dello stimolo adeguato specifico non può risiedere in alterazioni grossolane dei tessuti. Se la vita del nervo normale è riposta in un movimento molecolare e la malattia del nervo medesimo in una modificazione di questo movimento normale, l'azione specifica dello stimolo esercitato dalla corrente generale consiste nel riportare alla norma il movimento molecolare morbosamente modifi-De Grasia

LAVORI ORIGINALI

الأراهان كالأرباع والمشكري كالكربي المناب كالبيال كالراك كالبالا الأراب واكرن كنداري

OSPEDALE CIVILE DI CRESTANO VENETO.—ASCESSO EPA-TICO OPERATO, E SUCCESSIVAMENTE APER-TOSI NELLA PELVI RENALE, pel dott. Marito-Vano.

I grandi ascessi epatici, malattia rara presso, di noi, possono presentare, massime sul principio, difficoltà diagnostiche, in seguito anche difficoltà terapeutiche, tali da rendere flo studio di questo processo morboso di un certo interesse per il medico pratico. Infatti, restano celebri nella storia gli errori di Frerichs e Tommasi, nonchè quelli di Budd, Haspele Mallet, che solo al tavolo anatomico riscontrarono l'ascesso epatico. In seguito poi alla cura, si sa quanto svariati furono i processi operativi escogitati, per aprire tali suppurazioni del fegato, specialmente prima dell'èra antisettica.

Il vuotamento avveratosi in questo caso, successivamente all'atto operativo, nella pelvi renale, essendo un esito dei più rari, aumenta maggiormente l'interesse del caso.

Sul finire del maggio p. p., visitai un individuo, dell'età di circa 55 anni, di professione oste. Esso godette sempre buona salute e dalla storia anamnestica non risulta che abbia sofferto malattie infettive, che possano aver rapporto con la presente, se non si vuole ritenere come tale, un'itterizia manifestatasi 20 anni or sono e che ebbe la durata di molti mesi. I genitori dello infermo morirono tutti vecchi; esso ha figli vivi e sani; non soffrì di sifilide o di malaria. Fu bevitore.

L'inizio della malattia fu quello di un processo infettivo (febbre, freddo, cefalea, dolori muscolari, indebolimento o depressione generale), tanto, che essendo in un'epoca, nella quale si erano manifestati diversi casi di influenza, pensai dapprima si trattasse di questa malattia. Ma nel 8º giorno l'infermo cominciò ad accusare un dolore sordo, continuo, in corrispondenza del margine costale destro sulla linea ascellare destra prolungata, senza alcuna irradiazione diretta e riflessa, e che solo si faceva più forte con la pressione in detta regione. La percussione dell'area epatica faceva rilevare il fegato nei suoi limiti normali ed in vista dell'abbondante pannicole adiposo dell'addome con la palpaziane non si poteva notare alcuna differenza anormale dell' organo. L'esame del resto del corpo era negativo. Le urine sedimentose per urati, fosfati e uroeritrina, non contenevano pus, ne albumina, ne succhero. Con questi dati non potei precisare una diagnosi, solo pensai ad una lesione epatica.

Intanto l'anoressia e l'indebolimento aumentavano; la lingua si fece impaniata, con tendenza al vomito; scariche alvine liquide. La febbre che al principio stava fra i 88° al mattino e 89°,5 alla sera, cominciòla decrescere. Per il deperimento, l'esame del fegato si potè fare più completo, riscontrando con la percussione e palpazione un aumento dell'area epatica, che arrivava col suo limite inferiore fin quasi alla linea ombelicale senza però notare alcuna modificazione nella resistenza del viscere.

La febbre, in capo a 20 giorni dall'inizio, era scomparsa affatto; si avea deperimento fortissimo, con tinta terrea, mai giallognola, vomito frequente, diarrea, e con la palpazione, si poteva rilevare sulla porzione aumentata del fegato un senso di elasticità o di fluttuazione incerta e profonda.

Feci allora diagnosi di raccolta purulenta nel lobo destro del fegato e per la sede della tumefazione, pel modo di farsi manifesta, pel dolore senza irradiazione alla spalla, giudicai che l'ascesso fosse originato dalla faccia inferiore del lobo destro. Praticai allora una puntura esplorativa nella sede primitiva del dolore (l'ago dovette approfondirsi assai prima di sentirsi libero) ed estrassi una siringa di pus che aveva i seguenti caratteri: colorito giallastro, senza odore, aspetto esemoso e che all'esame microscopico si mostrò

composto di corpuscoli di pus, molti dei quali in preda e degenerazione adiposa. Non si videro uncini di echinococco. Veniva così esclusa anche la raccolta purulenta idatidea, ciò che non era dato ammettere per il decorso clinico del male. Non venne fatto esame batterioscopico.

Mi decisi allora per un intervento operativo e feci trasportare l'infermo in ospedale.

Non essendo partigiano dell'apertura in primo tempo degli ascessi mobili addominali sensa aderenze, metodo preconizzato da Strome y er-Litle come dimostrai in altro scritto pubblicato nella «Rivista Veneta di Scienze mediche, 1889» a proposito di due casi di ciste da echinococco del fegato, mi accinsi ad uno dei metodi delle aderenze.

Preparato convenientemente l'infermo, e cloroformissato, praticai nella mattina del 26 giugno p. p., un'incisione laparotomica di 10 centimetri circa, che dal margine della 10ª costa andava trasversalmente indietro. Si presentò distintamente il fegato, che si muoveva negli atti respiratori e che si potè esplorare col dito nei suoi movimenti. Il peritoneo che fu inciso per circa 5 centimetri, venne suturato coi suoi margini alla glissoniana del fegato con numerosi punti di sutura, mediante seta fenicata, bollita in glicerina. Coprii il fondo della ferita con garsa j odoformica e medicai con cotone.

In capo a tre giorni, previa seconda puntura esplorativa, praticai l'incisione della glissoniana entro lo spazio circoscritto dalla sutura e approfondii il taglio col termo-cauterio in modo da aprire la grande cavità, dalla quale uscirono circa 1000 grammi di pus bonum et laudabile.

Esplorata la cavità ascessuale, si arrivava in direzione trasversa, fin quasi alla linea mediana. Applicai un grosso e lungo tubo da fognamento che si approfondì per circa 15 centimetri e senza fare alcun lavacro, passai alla medicatura dopo aver fatto la sutura in 2º tempo della ferita muscolare e cutanea.

La suppurazione presto cessò ed in capo a 8 giorni, dall'apertura usciva solo una tenue quantità di un liquido di aspetto sieroso, senza alcun corpuscolo purulento.

Le condizioni dell' infermo presto migliorarono; appetito buono, non più diarrea, mai febbre, e dopo 20 giorni di degenza, l'individuo esce dallo ospedale portando un piccolo fognamento che dava ogni due giorni un cucchiaino di liquido di aspetto sieroso.

Il miglioramento continuò sempre (l'individuo

crebbe di 16 kılogr.) e wul finire di agosto non si aveva più scolo di liquido. Lo specillo penetrava ancora 70 cm., sempre in direzione trasversa. Lasciai fi piccolo fognamento per tutto il mese di settembre e parte di ottebre, senza che mai uscisse liquido, ansi ultimamente il tubo veniva cacciato e si trovava nella medicasione. Tolsi il fognamento e subito la ferita cicatrizzò completamente.

Dopo 15 giorni, mentre l'individuo trovavasi in uno stato di quasi completo benessere, venne colto da febbre e freddo, dolore all'ipogastrio, tenesmo vescicale, senza alcun dolore alla regione operata. Cominciò di nuovo a deperire, si aggiunsero in seguito dolore alla spalla destra, all'addome che dal sito operato s'irradiava nel quadrante inferiore destro, ed alla nuoa con febbre e sudori profusi. Il tenesmo vescicale era più manifesto nella posizione verticale, in modo che quando l'individuo era in piedi urinava ogni quarto d'ora, mentre quando era coricato a letto, il bisogno di mingere si manifestava ogni 2 ore e più.

Replorata la vescica estrassi urina purulenta, senza riconoscere alcuna causa che spiegasse la presenza del pus. La quantità di questo era tale, che lasciata l'urina depositare in un vaso, si avea un deposito di 1₁8 dell'altezza del liquido. Praticai intanto dei lavacri con soluzione di permanganato di potassa.

Persistendo quesci fatti, con deperimento progressivo dell' infermo, febbre d'assorbimento, sensa trovare alcun fatto obiettivo alla regione operata, pensai che si fosse formata una fistola epato-renale e mi accinsi ad aprire di nuovo la cavità ascessuale epatica e fognarla. Ciò feci il 20 novembre e dal fognamento fuoriuscirono circa 260 gr. di pus, fetido, in parte liquido, in parte cremoso, di aspetto biancastro. Nel mattino seguente l'urina si presentò sanguinolenta, ma subito dopo ritornò normale, sensa pus; scomparvero la febbre, il tenesmo vescicale e i dolori ipogastrici. L' individuo acquistò di nuovo l'appetito, si rifece nelle forze e riprese la sua cocupazione di oste, portando sempre il fognamento che dà scarsa quantità di pus ed accusando solo qualche volta dolore alla spalla ed al sito operato.

Quello che ferma l'attenzione in questo caso clinico è l'andamento della febbre durante la formazione dell'ascesso, l'etiologia della suppurazione e la formazione della fistola epato-renale.

Abbiamo notato che la febbre abbastanza alta e continua in principio fino a raggiungere 89°,5

alla sera e 38º,2 al mattino, andò man mano assumendo un carattere spiccatamente remittente fino a scomparire del tutto nel 20º giorno di malattia, tanto che pareva una decrescenza per lisi, come avviene nella febbre tifoide. Questo andamento non è l'ordinario delle suppurazioni in generale, comprese quelle epatiche, quantunque la scomparsa della febbre, sia stata osservata altre volte negli ascessi del fegato (Cardarelli). Ciò in causa delle difficoltà diagnostiche dell'esame fisico, poteva contribuire a rendere più dubbioso il medico nell'affermare una diagnosi sospetta. Il Chiaramelli volle dare la spiegazione di questo fatto affermando . che la scomparsa della febbre sul finire della suppurazione dipende dal fatto, che in tali ascessi la presenza di una capsula fibrosa compatta, l'isola ed impedisce l'assorbimento di materiali pirogeni (Trattato Italiano di Medicina). Il prof. Patella, invece, crede che essendo taluni ascessi amicrobici per la morte dell'agente pirogeno, sia cessata la produzione di materiali febbrigeni. Quest' opinione del Patella è quella, che pià corrisponde alle cognisioni moderne.

Nel nostro caso è mancato l'esame batterioscopico per dimostrare la natura microbica o meno del pus; ma l'esame del caso clinico verrebbe in appoggio e a conferma della supposizione che il pus prima dell' operazione fosse amicrobico. Infatti, nella ricaduta dell'infermo si ebbe sempre febbre alla sera, accompagnata da sudori profusi vale a dire febbre d'assorbimento.

È probabile che il pus fosse dapprima amicrobico, ma in seguito alla cnmunicazione con la pelvi renale, esso sia diventato microbico per la via della vescica e penetrazione nella cavità ascessuale.

Riguardo poi all'etiologia dell'ascesso descritto si resta nel dubbio, essendo che mancarono le solite cause. L' individuo non fu esposto ad influenze climatiche speciali, non soffri disenteria, non ebbe suppurazioni, non traumi; non soffri di tifo con localizzazioni particolari del bacillo di Eberth, nè di altre malattie infettive.

Studiando l'anamnesi si dovrebbe escludere ancora qualsiasi lesione intestinale precedente, la quale sotto forma di ulcerazione, fosse stata la porta d'ingresso di sistatta suppurazione. Ma questo non si può negare assolutamente, perché molte volte esistono forme di enterite ulcerativa senza che alcun fatto le riveli all'ammalato e al medico. Casi consimili con etiologia incerta furono altre volte osservati ed anzi si può dire che

la maggior parte di quelli descritti nei nostri 'climi temperati hanno sempre un'origine oscura. Un altro fatto importante, perchè raro, osservato nel decorso di questo ascesso, fu la sua comunicazione e vuotamento per il rene. Ciò si presentò dapprima con i fenomeni classici di una cistite purulenta, che non trovava spiegazione nelle ordinarie cause e che solo dal decorso del processo poteva far pensare ad una causa unica, in rapporto alla suppurazione del fegato. Fu allora che aprii di nuovo la cavità dell'ascesso ed applicai un fognamento, ciò che confermò la mia supposizione. Infatti, la presenza di sangue nelle urine nel giorno seguente alla 2ª operazione, la mancanza completa in essa del pus e per conseguenza del tenesmo subito dopo l'applicazione del fognamento, faceva sensa dubbio ammettere l'esistenza di una comunicazione fra la cavità ascessuale e gli organi urinari. Questa comunicazione deve essere avvenuta con la pelvi renale piuttostochè con gli ureteri o con la vescica, perchè, la topografia del rene destro ci insegna che questo arriva sotto la faccia inferiore del fegato e quindi devono essersi formate aderense fra la capsula glissoniana, che copriva la sacca asces. suale ed il peritoneo parietale, che sta al davanti del rene e per ciò col bacinetto renale. Nella pelvi renale, quindi, avvenne la perforazione e la formazione della fistola, che dovette essere piccola perchè non tutto il pus passava in vescica, essendosene riscontrato circa 250 grammi nell'ascesso al momento della riapertura di questo.

L'esito di un ascesso epatico, a traverso una fistola epato-renale, è uno dei più rari, tanto che in molti trattati non viene neppure accennato. È da ritenersi che al presente tale fistola sia chiusa perchè le urine dopo la 2º operazione si mantennero sempre normali, e le sostanze coloranti e chimiche iniettate nella cavità per esperimento, non furono mai constatate nelle urine.

Crespano, 8 febbraio 1897.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica medica dell'Hôtel-Dieu (G. Caussade). Ulcera gastrica; ematemesi fulminee; morte.

Quando il medico si trova dinansi un individuo giovane, il quale è colpito bruscamente, in piena salute, da ematemesi abbondanti, mentre i suoi dati anamnestici non lasciano notare alcun che di morboso, si è in dritto (dopo avere escluso le lesioni epatiche) di supporre che lo infermo è affetto da ulcera gastrica semplice.

In fatti, in simili casi, quando sopravviene la morte, l'autopsia conferma la diagnosi fatta intra vitam.

Il Dieulafo y ha spesso avuto occasione di parlare sulle sue osservazioni di ulcera gastrica, ed io, non ha guari, ho avuto occasione di osservarne un caso, il quale, clinicamente si ravvicina molto alle forme osservate dal Dieulafo y, ma all'autopsia fece notare nello stomaco una lesione ulcerosa la quale a prima vista sembra di difficile interpretazione. Però, discutendone i caratteri, dopo aver fatto molteplici esami sulla mucosa gastrica e tenendo conto del decorso della malattia, ci parve che il caso dovesse allogarsi nel quadro della ulcera semplice dello stomaco; però questa si trovava in uno stadio della sua evoluzione molto raro ad osservar. i.

Il 18 novembre 1896, fu portato all'Hôtel-Dieu, alle 5 di sera, nel reparto del Dieulafoy, un individuo ventisettenne.

L'infermo era pallido, esangue, avea bianchi i prolabi e presentava l'aspetto di un individuo perfettamente dissanguato.

A voce semispenta egli narrò che al mattino, sollevando un peso di una certa entità, ebbe e-matemesi la quale si accompagnò a dolore intensissimo a livello della regione epigastrica; egli aveva espettorato facilmente, sensa avere alcun colpo di tosse, una gran quantità di sangue di color bruno-rossastro.

Queste ematemesi si erano ripetute più volte durante la giornata e dopo il 4º vomito di sangue ebbe due scariche fecali abbondantissime, di colore nerastro. A dir dello infermo egli vomitò quasi 8 litri di sangue.

Lo stato generale, la debolezza dei battiti cardiaci e del polso, il raffreddamento delle estremità, provavano che tale asserzione non era troppo esagerata.

L'interrogatorio non permise di stabilire una diagnosi; l'esame obiettivo era negativo. Non v'era alcun dolore spontaneo o provocato a livello dell'epigastrio.

Non dolore ipocondrisco, o alla vertebre, o all'appendice xifoides.

Alla percussione (leggera) lo stomaco apparve solo un pò dilatato; fegato e milsa, alla percussione, normali.

Gli antecedenti dello infermo fornivano dati, di cui alcuni, benchè negativi, potevano riuscire di una certa utilità.

Egli si era qualche volta ubriacato, aveva avuto più volte accessi malarici ed era stato altra volta ricoverato all'ospedale Necker, per ematemesi copiose.

Ed intanto egli non ebbe mai alcun sintoma che potesse far lontanamente pensare ad una gastropatia.

Allora noi, basandoci su tali fatti ed avendo dovuto necessariamente scartare la precirrosi o la cirrosi, emettemmo l'ipotesi (più attendibile), di un'ulcera gastrica.

L'infermo fu messo a letto, con la vescica di meve sullo addome; per bocca poi, neve ed ergotine.

Malgrado questa curs, lo stato dello infermo peggiorò ancora di più. Durante la notte questi vomitò oltre 2 litri di sangue misto alle bevande che aveva ingerito. Ebbe anche melena.

Fatta una iniezione intravenosa di siero artificiale, il polso si rinforzò immediatamente; l'infermo parve ripigliarsi di molto.

Ma dopo poche ore, un'altra ematemesi di oltre 1 litro di sangue, condusse a morte il pasiente, il quale in media aveva perduto oltre 4 litri di sangue.

Praticata l'autopsia, dopo 24 ore, nello stomaco si rinvennero oltre 500 cc., di sangue coagulato in parte.

La mucosa, nella totalità, apparve integra, salvo in un punto solo (a livello della grande tuberosità, 2 cm. sotto il cardia) ove esisteva una superficie ulcerata molto bene circoscritta.

Da parte della sierosa, allo stesso punto si vedeva corrispondere una chiazza ecchimotica.

L'alcera della mucosa era di forma circolare, di un diametro di 5 a 6 cm. Il suo fondo era grigio-biancastro ed in 8 punti lasciava notare chiasse ecchimotiche; in 2 punti esistevano picsole erosioni cupoliformi.

Alla base di uno di questi piccoli crateri situati all'estremità destra del diametre trasverso, vedevasi una piccola arteria beante, recisa come da un colpo di rasoio, visibile ad occhio nudo. Questo vase sesionato permetteva appena l'introdusione di uno spillo smussato.

Pel resto, nessuna altra lesione che potesse spiegare l'ematemesi occorsa 8 anni addistro.

L'origine dell'emorragia era certamente lo stomaco, poichè nè nel deudeno, nè nell'esofago, esisteva rottura vasale o alterazione della mucosa. Il fegato era lievemente congesto; la milsa pesava 750 gr. e lasciava notare tracce di infesione malarica; i reni erano sani.

L'esame microscopico della parte ulcerata, dimostrò che il processo era essensialmente caratterissato da una infiltrasione di piccole cellule rotonde, le quali, riunite in gruppi, assumevano una configurazione analoga a quella descritta dal Lèpine e da Bret, i quali li classificarono come ascessi sub miliari.

Questi ascessolini, pare probabilmente, fossero la causa prima distruttiva degli strati superficiali e profondi della mucosa.

I margini della ulcerasione mucesa erano appena elevati e gradatamente in fuori andava diminuendo l'infiltrasione cellulare fino a scomparire del tutto.

I caratteri essenziali, adunque, della lesione, possono riaggrupparsi in questi termini: una lesione circoscritta, arrotoudita, determinata da un infiltramento degli strati superficiali e profondi della mucosa, il quale aveva indotto, nella sua estensione centrifuga e profonda, in alcuni punti una ulcerazione arteriosa, la quale fu la vera causa della morte.

Come si vede, finora non è stata ancora descritta una lesione anatomica simile a questa.

Ed allora come classificaria?

Si tratta di una gastrite alcoolica?

Il'anamnesi è negativa; eppoi, dalle molteplici ricerche anatomo-patologiche non risulta per le gastriti alcooliche che si abbiano ulcerasioni vasali.

Così pure è da scartarsi l'ipotesi di una gastrite uremica o di erosioni emorragiche. Contro la 1ª sta la circoscritta estensione dell'ulcera, contro la 2ª poi, la mancanza di neoformasione di capillari e di infiltrazioni sanguigne ai dintorni.

Ed allora, dai caratteri anatomici e dall'evoluzione del morbo, non resta che pensare all'ulcera rotonda, nella sua fase iniziale.

Essendo, adunque, ammesso che ci troviamo in presenza di tale lesione, quali dedusioni patogeniche dobbiamo ricavare dalle nostre constatazioni istologiche?

Dànno esse un contributo alla teoria della gastrite cronica, sostenuta da Cruve ilhier e Gal liard?

Oppure appoggiano la teoria vascolare? In altri termini, la lesione procede della mucosa alla sierosa o dalla sottomucosa alla mucosa?

Dai nostri esami istologici risulta che il processo incominciò dalla mucosa.

Conchiudendo, a queste considerazioni istologiche io ne aggiungerò altre due, che hanno una grande importanza dal punto di vista clinico e terapico.

La prima è: che l'ulcera può restare a lungo latente ed avere come sintoma unico, ematemesi fulminanti, mortali.

La seconda è: che in presenza di queste ematemesi, l'intervento chirurgico è indicatissimo.

Se, in fatti, nel nostro caso, un chirurgo, operando, avesse occluso l'arteria sanguinante a pieno getto, e facilissimamente riconoscibile, è indubitato che l'infermo sarebbe stato sottratto alla
morte (La Presse mèdicale, 80 gennaio 1897).

Nacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA NEUROPATOLOGIA

Acremegalia, gezzo ed esoftalme.— Murray riferisce due casi importanti di acromegalia, uno dei quali complicato da goszo, l'altro da morbo di Basedow, tubercolosi e glucosuria.

Il primo caso concerne una donna di 68 anni, nella quale l'ingrossamento della ghiandola tiroide incominció all'età di 18 anni, dopo un attacco di tosse convulsiva.

Anche l'acromegalia è di antica data, ma l'autore non riuscì ad appurare quando, press'a poco, essa abbia incominciato a manifestarsi. I margini sopra-orbitali, il naso ed il mascellare inferiore, sono notevolmente ingrossati.

Le mani sono grandissime, ma di forma pressochè regolare. Nei piedi non sembra essersi verificato alcun sensibile ingrandimento. L'apofisi spinosa della settima vertebra cervicale è straordinariamente grande e sporgente, e le prime due coste di ciascun lato sono ingrossate in ,modo notevolissimo.

La parte anteriore del collo è occupata da un tumore globoso, liscio, che si muove nella deglutizione, e che ha un diametro di quattro pollici ed una circonferenza di tredici.

La circonferenza del collo, in corrispondenza del centro del tumore, che é costituito da un grosso gozzo cistico, è di diciannove pollici e mezzo. Il secondo caso è molto più interessante.

Trattasi di una donna di 87 anni, istitutrice, nubile. All'età di 12 anni incominciò a manifestarsi un ingrossamento della tircide, il quale però, dopo qualche tempo, scomparve quasi intieramente.

Da 17 a 25 anni, la paziente fu costretta a lavorare eccessivamente, dovendo, al tempo stesso, insegnare ed accudire alle faccende di casa.

Verso i 20 anni incominciò a soffrire di cefalalgia, la quale, limitata dapprima alla regione mastoidea sinistra, si estese man mano a tutta la testa, mentre, contemporaneamente, manifestavasi di nuovo un graduale ingrossamento della ghiandola tiroide. La cefalea divenne finalmente tanto tormentosa, che, all'età di 25 anni, l' inferma dovette smettere l'insegnamento. Con tutto ciò, essa continuò a soffrire di grave cefalalgia, sino all'età di 84 anni. Attualmente essa accusa una grandissima debolezza ed una profonda depressione morale.

Basta guardare in viso la pasiente, per far la diagnosi di acromegalia, giacchè i margini sopraorbitali, il naso ed il mascellare inferiore sono considerevolmente ingrossati. Anche le apofisi mastoidee sono molto voluminose. L'inferma ha perduto quasi tutti i denti. L'apofisi spinosa della settima vertebra cervicale è molto grossa ed assai più sporgente del normale. Le seconda costa di ciascun lato è molto ingrossata.

Le mani hanno un volume considerevole; il loro ingrandimento però si è verificato nel senso della larghezza e dello spessore, ma non nel senso della lunghezza. Quando le mani sono estess, si nota molto chiaramente un tremolio leggiero e regolare. Mercè la radiografia, l'autore ha potuto constatare che l'ingrossamento delle mani è specialmente dovuto ad un aumento di volume delle parti molli. Le diefisi delle falangi sono bensi ingrossate, ma le loro estremità non sembrano più grosse del normale. Nè i metacarpi, nè le falangi presentano un aumento di lunghesze. Nel fotogramma della mano si osserva, tra le diafisi delle medie ed ultime falangi e le rispettive epifisi prossimali, un piccolo spazio chiaro, indicante che la riunione dell'epifisi con la diafisi è rimasta incompleta.

Anche i piedi sono molto aumentati di volume, e la paziente dice ora di dover usare scarpe, due volte più grandi di quelle d'una volta. Il fotogramma del piede mostra che l'ingrandimento è dovuto in gran parte, come nella mano, ad un aumento di volume delle parti molli.

Oltre all'acromegalia, si nota nell'inferma una sindrome basedowiana spiccatissima: gosso voluminoso, esoftalmo considerevole, tachicardia (126-140 battiti al minuto) e infine, come accennammo, caratteristico tremore delle mani.

L'esame del torace dimostra l'esistenza d'una infiltrazione tubercolare degli apici.

La paziente ha tosse ed espettorazione, nella quale e istono numerosi bacilli tubercolari. L'urina è chiara, pallida, con peso specifico di 1035 e contiene 60 grammi circa di succhero diabetico per litro.

L'autore, a proposito del caso ora esposto, ne ricorda un sitro simile da lui precedentemente riferito, ed accenna pure altri tre casi, appartenenti rispettivamente a Lancereaux, ad Henrot ed a Valat. Sono adunque cinque casi, nei quali v'era coesistenza dell'acromegalia col morbo di Basedow.

In quattro di cesi v'era anche di bete, ed in due, tubercologi.

Lo studio di casi di tal genere non può che rivscire importante per le ricerche relative alla patogenesi dell'acromegalia, del morbo di Bas e do w, e fors'anche del diabete.

Non è improbabile che le alterazioni della ghiandola pituitaria, dalle quali sembra dipenda l'acromegalia, e le alterazioni della tiroide dalle quali dipende forse il morbo di Basedo w, possano essere determinate da una causa comune, per il momento ancora ignota (The Edimburg Mèdical Journal, febbraio 1897).

Loddo

Di usa stigmata permanente della epilessia. Mairet e Virea.—Concacere se un individuo sia o non epilettico, è di grande interesse, specialmente dal punto di vista medico-legale.

Infatti, quando l'accesso è scemparso, come dire se un tale è affetto dalla epilessia?

Gli autori, fondandosi sul fatto della frequente simulazione di una epilessia, hanno cercato di vedere se mai esistesse un quid di permanente, caratteristico di tale nevrosi, come per esempio si constata nell'isterismo.

Quindi, studiarono gli epilettici durante l'accesso, dopo l'accesso ed in quello stato che si designa sotto il nome di epilessia larvata.

E durante l'accesso, constatarono aumento degli scambi organici; gli azotati ed i fosfati (specie terrosi) eliminati con le urine, sono aumentati.

Le urine pre-parosistiche sono tossiche come quelle degli individui normali; ma quelle postparosistiche sono ipotossiche.

La temperatura degli epilettici si abbassa durante il periodo convulsivo, in quello di stertore o in quello di sonno, per ritornare alla normale quando l'epilettico si desta.

Però, quando il sonno è agitato essa appena appena ritorna alla norma, laddove se il sonno fu calmo si può avere per alcune ore un certo grado di ipertermia.

Queste modificazioni durante l'accesso sono costanti e si trovano accoppiate nella epilessia vera e quindi costituiscono un elemento diagnostico sicuro contro la simulazione.

Nel periodo inter-parosistico gli autori hanno ben constatato che la ipotossicità urinaria può conservarsi per alcuni giorni ed allora si domandarono se questa ipotossicità intercalare potesse osservarsi anche in quegli individui in cui gli accessi mancano da molto tempo; in altri termini, se essa fosse costante nella epilessia oppure proprio conseguenza dell'accesso.

Le osservazioni caddero su 24 individui in

cui gli accessi erano mancati da 5 giorni a 2. anni e messo.

Le prove furono ripetute più volte con le urine emesse nelle 24 ore e portarono alla conseguenza che pare indiscutibile agli autori, cioè: « L'ipotossicità urinaria è costante nell'epilessia; essa esiste fuori degli accessi anche quando questi mancano da anni.

Essa è duvque effetto della nevrosi e costituisce una stigmata permanente ».

Sventuratamente questa stigmata non è propria della sola epilessia ma si rinviene esiaudio negli isterioi.

Però vi sono alcuni caratteri che permettono di fare la diagnosi differenziale.

Mentre le urine degli isterici hanuo, dal punto di vista della loro tossicità, caratteri analoghi a quelli dell'urina normale, quelle degli epilettici sono più convulsivanti.

Gli accessi sono più intensi è più frequenti. Vi sono le stigmate proprie dell'isterismo.

Un altro segno differenziale è dato dal grado della tossicità, che negli epilettici è sempre molto minore che non negli isterioi.

L'ipotossicità urinaria esiste anche nei casi di epilessia larvata e ciò conferma sempre più che essa sia effetto della nevrosi (Le Bulletia mèdical, 27 gennaio 1897).

Nacciarone

DIAGNOSTICA MEDICA

Cente casi di sicre-diagnestica. Courmont, in collaborazione di Dime, ha voluto studiare la praticità della sicre-diagnostica. L'uno raccoglieva la storia clinica e poneva la diagnosi, l'altro faceva le reazione e ciò per non subire suggestioni reciproche.

Al principio, si servirono di tutti i processi della siero reasione con siero asettico ottenuto dalla puntura delle vene; ma nell'80 ° lo dei casi fu adoperato il processo rapido della estrasione del sangue mercè puntura del polpastrello e facendo agire direttamente i goccia di sangue su 10 di cultura.

I risultati ottenuti dagli osservatori provano il grande valore clinico della reazione del Wida l.

Le culture di cui essi si servirono furono fatte quasi sempre in brodo artificiale, secondo la formula:

Acqua 100
Peptone 2
Zucchero o glicerina 1

il quale dà meno facilmente che il brodo di vera carne, grumi artificiali e poi dà culture rieche e durevoli.

Le culture vecchie in brodo artificiale, anche dopo 8-4 settimane, sono egualmente ottime quanto quelle più giovani.

Un altro vantaggio che si ha col brodo arti-

ficiale è che esso dà forme bacillari molto tipiche, mentre nel brodo di carne o nella semplice acqua paptonizzata, si sviluppano rapidemente forme molto allungate.

Le 10 gocce di cultura erano poste in piccole provette portatili.

Con questo processo repido, spessissimo in 15 80 minuti, gli osservatori ottenevano la pruova affermativa e quando non si otteneva tanto pretal modo potettero scoprire reazioni parziali o incomplete che non erano state rilevate nelle fermi sffetti da tifo. prime ore.

Di 120 infermi osservati, 100 ebbero febbre tifoide.

E poiche non è sempre facile sapere quando è che s'inizia il processo tifoso, gli autori posero ogni cura nel seguire l'evoluzione della malattia e perfino la convalescenza, ripetendo sempre la siero-reazione per constatare o confermare la diagnosi fatta prima.

Dalle statistiche riportate, risulta che il metodo di Widal è eccellente e pratico.

Dal punto di vista diagnostico, la siero-reasione, quando esiste, rende grandi servigi.

All' inizio della malattia, la reazione compare prima di ogni altro sintoma positivo.

Come metodo confermativo, essa da una certezza che non si può avere neppure da tutti i sintomi più evidenti.

Nelle forme irregolari, quando il tifo assume i caratteri di una affezione diversa, e specialmente nei bambini e nei vecchi, è di una utilità

Finalmente è utilissima come diagnosi retrospettiva.

Quando la siero reazione è assente, la diagnosi negativa non può farsi con certezza, poichè v'ha casi in cui la reazione comparisce molto tardi; ma questi casi (e le statistiche degli autori lo dimostrano) sono molto rari e la mancanza della siero-reasione all'8°, 10° giorno di una malattia, depone quasi certamente contro la febbre tifoide.

Gli autori ritengono che la siero-diagnostica potrà, sempre più perfezionandosi, essere utile anche del punto di vista del pronostico, fondandosi sui rapporti tra siero-reasione e forma della ma-

Finalmente, dal punto di vista dogmatico, la durata della persistenza della siero reazione negli ammalati convalescenti o guariti, si presta a considerazioni importanti.

Questa persistenza, provata dalla statistica degli autori è minore nei bambini che negli adulti dopo la guarigione.

Nei fanciulli la siero-reazione rapidamente scompare in un mese circa, anche quando il tifo sia stato grave.

Ciò è interessante a sapersi, poiche è noto che l'infesione tifosa nei bambini, ha una minore gra-Vezza (Preses mèdicale, 80 gennaio 1897).

Nacciarone

SIEROTERAPIA

Sulla tessina tifeide sciubile. Chantemesse.— In un lavoro precedente, insieme al Widal riportarono i risultati ottenuti nei tentativi di vaccinazione degli animali contro il tifo, mercè culture vive o morte di bacilli tifici.

Il siero di questi animali aveva una asione preventiva contro il bacillo di Eberth maera sto, aspettavano che trascorressero 24 ore. In sprovvisto di potere antitossico, capace di opporsi ai fenomeni d'intossicazione presentati dagli in-

> Per ottenere l'antitossina tifoide solubile, dopo vari tentativi l'autore partendo da un'esperienza sua e di Widal, in cui il bacillo tifico inoculato agli animali conservava le ultime vestigia di vitalità nella midolla ossea, utilizzò una macerazione a freddo di midolla ossea addizionata con sangue umano defibrinato, il quele favorisce di molto la rapidità della cultura.

> In questo liquido sterilizzato seminava il bacillo tifico, classico, molto virulento (per passaggi successivi).

> Ottenute così le culture, il liquido filtrato per porcellana in primo tempo è tossicissimo, ma in capo a 12.15 giorni diventa quasi inoffensivo.

> La tossina ricavata dall'autore da tale liquido, conserva difficilmente il suo potere a contatto della luce e dell'aria.

> Se non si ha cura di conservarla in tubetti pieni e chiusi ermeticamente nell'oscurità, essa sparisce rapidamente.

> La tossicità, inoltre, si conserva più a lungo ad una temperatura vicina a 20°C e più. Invece diminuisce quando tocca i O Co.

> Lo scaldamento a 58º per un'ora non ne altera sensibilmente la tossicità.

> invece, portata a 100º per un istante, si attenua di molto, senza però diventaredel tutto inoffensiva.

L'acido tartarico le toglie gran parte della sua potenza, ma se si rende di nuovo alcalina mercè aggiunta di soda, ritorna tossica di bel nuovo.

Inicttando questa tossina ad animali vergini provoca gravissimi disturbi.

Il cavallo, il montone, il coniglio, la cavia, risentono rispettivamente in grado decrescente l'azione tossica della tossina tifica solubile.

Quando la cultura filtrata si evapora nel vuoto a 80°C, perde gran parte della sua potenza.

Il prodotto ottenuto col disseccamento, trattato con alcool ad 80°, disseccato di nuovo e ripreso con acqua, è tossico pel coniglio, ma la sua tossicità è molto inferiore di quella del prodotto disseccato insolubile nell'alcool e ridisciolto in acqua.

Il sorcio è molto sensibile alla tossina.

All' autopsia degli animali morti in seguito all'iniezione di una dose variabile di cultura filtrata, le lesioni principali si notano nello intestino grosso e nel tenue.

L'intestino è ripieno di liquido diarroico, abbondante, giallastro.

Le pareti intestinali sono rosse, congeste. La milza iperemica, ma non ingrossata. Il fegato è rosso-bruno, un pò raggrinzato quando la morte fu tardiva.

Reni pallidi, polmoni un pò rossi.

La vescica è piena di urina, che, solo eccesionalmente, contiene tracce di albumina.

Immunissando i cavalli mercè tale tossina, lo autore ottenne un siero antitifoso che sperimentò sopra ammalati di tifo.

Il risultato ottenuto fu soddisfacente, e si manifestò sullo stato generale, sulla febbre, la frequenza del polso, ecc.

L'autore, basandosi sul potere antitossico del siero ottenuto, si propone di fare numerose applicazioni e quindi riferirà l'esito (Le Bulletin médical, 27 gennaio 1897).

Hacciarone

GINECOLOGIA

Il raschiamente ende-uterine come mezze di diagacci. — L'esame dei pezzetti ricavati dal raschiamento uterino ha un'importanza diagnostica, grandissima.

La mucosa uterina ha una struttura differente secondo che si tratta di mucosa del collo o del corpo dell'utero. Quella del collo è costituita da glandule a grappolo, mucipare o da cellule di rivestimento, prismatiche, secreganti egualmente del muco.

Nella lacerazione del collo, secondo gli studi di Em m m e t, in seguito alla gravidanza, queste glandule vengono a contatto con le pareti vaginali.

L'epitelio di rivestimento allora diventa pavimentoso stratificato, come quello della porsione extra-vaginale, e le ghiandole sotto-giacenti proliferano, si dilatano e formano delle masse dure che possono essere scambiate con un epitelioma iniziale.

L'escissione di un frammento di tessuto, permette di riconoscere questi adenomi mucipari di origine infiammatoria e di distinguerii dall' epitelioma del collo.

La struttura della frucosa del corpo è molto più complicata, e molto più variabile a causa del suo ufficio fisiologico. Essa è composta da ghiandole tubulari strette: il contenuto è piuttosto sieroso e non diventa mucoso che allorchè la ghiandola è molto dilatata per una causa infiammatoria o meccanica, come per es. per un polipo mucoso.

Queste ghiandole riposano su un chorion molto resistente, in cui le fibre muscolari lisce formano una trama molto spessa attorno ai vasi. Il rivestimento epiteliale è costituito da cellule a ciglia vibratili.

Ma la caratteristica fisiologica di questa mucosa, è che essa è soggetta a delle mute periodiche, invece di subire come la pelle e le mucose, nei mammiferi, una muta continua e insensibile. Così dopo una desquamazione totale, quale avviene nelle mestruazioni e più ancora nella gravidanza, esso si rifà completamente.

Il raschiamento dell'utero può considerarsi come una muta provocata, e per conseguenza esso

è riparabile coi soli messi fisiologici dell'organo attaccato. Se la lecione è limitata alla sola mucose, aliora il raschiamento sarà curativo; nel caso contrario il suo effetto sarà passeggiero e l'esame diretto microscopico è indispensabile per precisare la natura e l'evoluzione delia malattia.

Biguardo ai metodi di tecnica, essi sono semplici. I frammenti ricavati da! raschiamento vengono immediatamente immersi nell'alcool assoluto, e possono essere sezionati con un rascio, o fissati su un pesso di sughero con della gomma e in seguito sezionati a mano o col microtomo. I tagli vengono raccolti nell'acqua distillata, indi colorati col picrocarminio, o meglio col carminio alluminoso o con l'emateina, disidratati nell'alcool assoluto, rischiarati sull'essenza di garofano o bergamotto e nello xilolo e infine montati in balsamo del Canadà.

So si dispone di mezzi più ampi si può fare l'inclusione in celloidina o in paraffina.

Pilliet (La tribuse mèdicale, n. 4) raccomanda di non liberare i frammenti dal sangue, perchè così, messi nell'alcool, il sangue si coagula e li ingloba in massa, come un' inclusione.

Su questi frammenti si può anche praticare lo esame dei bacilli, coi metodi di tecnica ordinari.

Le lesioni uterine si dividono in benigne e maligne.

Le benigne riconoscono come causa un'inflammazione microbics, a sede speciale secondo la costituzione e la resistenza variabile del soggetto; così si spiegano le endometriti delle vergini, i fibromi delle religiose. Un'altra causa di legione uterina è la fecondazione. Sia dopo il parto che lopo l'aborto, quando la placenta tarda a distaccarsi, l'intervento col raschiamento è il più legittimo e dà i risultati più felici.

Nell'endometrite glandulare, i frammenti ricavati dal raschiamento sono mescolati ad una gran quantità di muco; vi si trovano inoltre dei culdi-sacco glandulari numerosi: le ciglia vibratili delle cellule superficiali non si vedono quasi mai. Le ghiandole hanno una forma allungata, come le sanguisughe. Il chorion è molto ricco di cellule stellate, e in esso si nota la presenza di un grande numero di leucociti. Le lesioni vasali sono simili a quelle che subiscono i capillari in vicinanza dei bottoni carnosi.

I bacilli che si possono trovure in questa forma di endometrite producono tutti lo stesso effetto, ed è difficile isolarli nella mucosa.

Nell'endometrite fungosa, l'infezione della mucosa non solo apporta la dilatazione dei vasi, la
proliferazione e l'allungamento delle glandule,
con secrezione catarrale esagerata, ma denuda
più o meno la superficie dell'utero, i vasi si presentano moltiplicati e ramificati, la loro trama
cellulare, carica di leucociti e di microbi, forma
una massa carnosa che fa convergere verso la
superficie uterina ciascun gruppo cellulare come
un bottone roseo coperto da una secrezione muco-purulenta. All' esame microscopico dei frammenti ricavati dal raschiamento si vede la rete

delle cellule stellate del chorion, piccole e numerosissime. Le maglie della rete sono cariche di leucociti: capillari numerosi e dilatati percorrono questo tessuto, circondati da un vero mantello di leucociti, addossati a ciascun capillare. Le ghiandole sono piccole, poco numerose. I microbi di queste endometriti sono variabili e producono l'identica forma anatomica di distruzione della mucosa, allorchè raggiungono lo stesso grado d'intensità.

Nell'endometrite emorragica i prodotti del raschismento contengono del sangue, dei frammenti ghiandolari: i vasi sono dilatati ed inspessiti.

Nelle endometriti puerperali , le villosità placentari al microscopio si presentano sotto due stati: l'atrofia o la degenerazione edematosa o mucosa. Nel primo caso sono facili a riconoscere perché il loro tessuto fibroso spicca per la sua rifrangenza nel sangue che le circonda. Le cellule dell'ectoplacenta non formano loro più un rivestimento regolare, ma sono più diradate, piccole e accollate contro il tronco della villosità.

Alle volte mancano del tutto.

Nell'edema della villosità, affesione molto più rara, queste diventano enormi, pur perdendo le loro ramificazioni: il loro tessuto connettivo è dissociato da un liquido sieroso, e il loro aspetto semiglia a quello del tessuto mixedematoso.

Nei casi in cui non si riscontrano frammenti placentari si possono riscontrare invece frammenti di caduca: se questi vengono dall'utero, non si possono confondere le enormi cellule della caduca, poliedriche, con altri tumori epiteliali.

Fra le affezioni maligne che possono esser diagnosticate col raschiamento, abbiamo, in primo luogo l'epitelioma della porsione interna del collo o canoro intracervicale. Sui prodotti del raschiamento gli saffi epiteliali si distinguono dalle glandule normali per l'assenza della membrana, per la loro strettessa e pel loro sviluppo considerevole, quando sono nella fase di dilatazione cistica, e infine per la loro disposizione irregolare.

L'epiteliema del corpo dell'utero si distingue dalle ghiandole normali per i caratteri precedenti: solamente alle volte può avvenire che gli zaffi epiteliali posshno vuotarsi nel centro, e questo vuoto centrale può colmarsi di muco e dare così l'aspetto di una ghiandola normale (alveoli pseudo-ghian-

dolari di Cornil).

Nell'adeno papilloma della mucosa uterina, i tubi ghiandolari esistono ancora ma sono circondati da connettivo inspessito: il raschiamento in generale dà dei lunghi filamenti che non sono che frammenti connetti vo-vascolari separati dalle ghiandole. Questi tumori sono gravi perchè possono propagarsi rapidamente ai vasi vicini e ai muscoll e determinare emorragie.

Da quanto si é detto, si può dedurre quanta importanza abbiano il raschiamento esplorativo nelle alterazioni della mucosa uterina e l'esame istologico dei frammenti da esso ricavati, per la diagnosi della natura delle varie affezioni uterine (La Tribune mèdicale, n. 4, 1897).

NOTE TERAPEUTICHE

Rimedi contre il singhiezze

I mezzi più svariati sono stati preconizzati contro il singhiozzo e tutti contano qualche successo.

La paura, l'emozione provocata, l'arresto volontario della respirazione, sono comunemente utili.

Si fa bere un mezzo bicchiere di acqua a piccoli sorai, chiudendo le narici.

Si combina l'estensione della testa con la compressione dei condotti uditivi esterni. Più semplicemente ancora si fa applicare fortemente il polpastrello del mignolo contro il pollice della stessa mano, oppure si stringono i pugni.

Si solleva con le dita l'osso joide oppuré si esegue una forte compressione degli ipocondri e dell'epigastrio, mercè una fasciatura.

Nelle forme più ribelli si ricorse alla suggestione. all' idroterapia, alla metalloterapia, alla faradizzazione, galvanizzazione o compressione digitale del frenico al collo.

L'agopuntura, le cauterissasioni a livello dell'inserzione del diaframma, l'applicazione del termo-cauterio all'epigastrio, l'applicazione di una compressa imbibita di cloroformio sullo stomaco, il vescicante al collo, la neve per bocca ed esternamente, la faradizzazione tetanizzante prolungata dello esofago, le inalazione di oloroformio o d'etere a dose narcotica, sono i rimedi estremi.

Alcuni farmachi rendono eziandio qualche servigio; tali sono il muschio, la pilocarpina per via ipodermica alla dose di 1/2 ad 1 1/2 ctgr., il valerianato di zinco o la canfora, associati alla belladonna le infusioni calde di menta piperita.

Secondo Lèpine (di Lione). il processo più efficace per combattere la convulsione clonica del diaframma è « l'estensione della lingua ».

Al momento dell'accesso si afferra la lingua del paziente, si tira un pò forte e si mantiene tlrata fuori le ar ate dentarie, fintanto che lo spasmo non cessi.

In tal modo il Lèpine conta diverse guarigioni di singhiozzo inveterato.

È probabile che questa estensione induca la cessazione dello spasmo a causa del continuo eccitamento che si imprime ai nervidella punta e della base della lingua, mantenendola tirata, eccitamento che si traduce con una rapida diminuzione del potere eccitomo. tore del bulbo.

Per ciò bisogna praticare l'estensione semplice e continua della lingua e non già trazioni ritmiche di quest'ogano, come si fa quando si cerca di repristinare i movimenti respiratori. Nacciarone

Redattore responsabiler Dotts HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Sommano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La vaccinazione nella f-obre tifoidea. — 2. Bivista di Clinica. Clinica medica della R. Università di Torino (prof. Bozzolo).—Ittero sifilitico ed atrofia acuta del fegato in corso di sifili le recente. - 8. Società scientifiche. — 4. Rassegna della stampa. — Patologia e Cinics medics. — 5. Note di terapia. — 6. Note di medicina pratica. - 7. Ricordi medici. - 8. Notisie.

tion step that the real field and each best best best bett and the real field the

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

La vaccinazione nella febbre tifoidea Wright e Semple

In ogai processo di vaccinazione, ci prefiggiamo di deterninare un grado di immunità uguale o più grande di quello che acquista un individuo, guarito da un recente attacco della malattia infettiva, che si vnole curare, senza però porture alcun danno alla salute od alla vita del pasiente.

Per rendere immune un individuo, basta, come si sa, inoculargli i microrganismi della malattia ed i loro prodotti.

Per rendere innocua questa immunità, sono

stati escogitati vari messi.

Possiamo, da una parte, iniettare, come appunto si fa nella vaccinazione di Jenner, dei microrganismi che abbiano perduto la loro viru- da bruciore. lenza, col passare per una serie di animali giustamente scelti.

Ovvero, come nel metodo di vaccinazione di Pasteur contro l'antrace, possiamo iniettare della cultura di microrganismi artificialmente attenuati.

Si può anche riuscire allo stesso scopo; iniettando al paziente delle quantità misurate di miororganismi morti, ma ancora virulenti.

Gli autori hanno appunto adoltato quest'ulti-

mo metodo nelle loro ricerche.

Diversi sono i vantaggi che offre questo metodo di inoculazione nel tifo; prima di tutto non si corre alcun rischio di produrre una febbre tifoidea; secondariamente i vaccini possono essere mandati da un punto all'altro, senza il pericolo di disseminare i germi della malattia; i vaccini morti, infine, probabilmente, sono meno soggetti ad alterarsi dei vaccini viventi.

Il metodo di preparazione del vaccino antiti-

foideo è il seguente.

Esso è estratto dalle culture in agar dei bacilli del tifo, sviluppate nello spazio di 24 ore, alla temperatura animale.

Le culture che sono ottenute in questo modo vengono mescolate con quantità s:abilite di bro-

La emulzione risultante è distribuita in una serie di pipette di vetro sterili, le cui estremità capillari vengono chiuse alla lampaia.

Le pipette, trasformate così in una specie di capsula, sono poste in acqua calda alla temperatura di 50°C. e mantenute a questa temperatura per 5 minuti.

Ciò basta per rendere sterili le culture; prima però di essere sicuri della loro sterilità, conviene sempre farne delle culture in agar.

Ogni qualvolta si fanno le inoculazioni, è mestieri di agitare il liquido, per distribuire i bat-

teri in un modo omogeneo.

La forza del vaccino deve essere previamente determinata, tenendo conto di due fattori: del numero dei microrganismi che contiene della virulenza di essi.

Gli autori, in tutte le loro ricerche, adoperarono una cultura tifica di tale virulenza, che un quarto di una siringa di una cultura di 24 ore: costituiva una dose letale, iniettandola ad una

cavia di 350 a 400 grammi.

Le quantità di queste culture adoperate nelle loro vaccinazioni antitifiche variava da un ventesimo ad un quarto di siringa; quest'ultima dose, fatale per le cavie riusciva alcune volte, molto forte per un uomo.

Quando si iniettano dosi molto piccole, i sinto-

mi reattivi sono relativamente leggeri.

Localmente si ha una leggera dolorabilità; dopo 2-8 ore compaiono brividi seguiti da febbre, la quale scompare nella notte.

Quando le dosi sono molto forti (174 di sirin-

ga) si hanno i seguenti sintomi:

localmente, si ha un árrossamento, diffuso per uua zona del diametro di 28 pollici e per i linfatici che si partono da essa, ed accompagnato

Questi fatti locali scompaiono 48 ore dopo la

I sintomi generali consistono principalmente in un certo grado di debolessa e di nausea, accompagnato, alcune volte, da vomito e nella mancanza : di appetito e di sonno.

Questi sintomi alcune volte si dileguano dopo

le 24 ore, altre volte dopo parecchi giorni.

Gli autori fecero le loro ricerche col vaccino, antitifico in 18 individui perfettamente sani.

Per vedere quali effetti producesse in loro lu vaccinazione antitifoidea, osservavano il modo di comportarsi del siero degli individui in esame rispetto ai batteri del tifo, prima dell'infezione ed in vari giorni successivi.

Per far ciò, hanno osservato la sedimentazio - : ne e la conglomérazione dei batteri prodotta dal siero, secondo il Wright, facendo, cioè, accadere la reazione in pipette, con le estremità capillari, le quali saldate alla lampada, si trasformano in veri recipienti chiusi.

I risultati, da essi ottenuti, mostrano che il siero. di sangue degli individui, sottoposti a queste iniezioni, immobilizza ed agglutina i batteri del tifo; diviene per ciò più o meno velenoso rispetto

ad essi.

Quanto però dura questa proprietà acquistata dal sangue? Gli autori a questa dimanda no 1 si trovano in grado di rispondere con precisione; per determinare ciò, sono necessarie ripetute o :servazioni; ad ogni modo, suppongono che l'immunità possa durare per un paio di anni (Brltish Medical Journal, 80 gennaio 1897).

RIVISTA DI CLINICA

Clinica Medica della R. U. di Torino (prof. Bozzolo). Ittero sifilitico ed atrofia acuta del fegato in corso di sifilide recente.

Si tratta di una giovane ventunenne, cameriera, i cui dati gentilizi sono poco degni di nota. Solo ebbe disturbi mestruali con qualche interrusione nel regolare andamento delle mestruazioni.

Nel febbraio 1896 s'infettò di sifilide e fu curata nel sifilicomio per sifiloma iniziale genitale complicato a blenorragia e scabbia. Ebbe manifestazioni cutanee, caduta dei capelli, disturbi laringei. Dopo 60 frizioni mercuriali, si trovò in condizioni piuttosto discrete.

Nel settembre ebbe un aborto di due mesì che fu seguito da menorragie abbondanti per 15 giorni, che cessarono spontaneamente. Alla fine di ottobre ricomparvero i mestrui accompagnati dai soliti dolori di ventre, malessere generale, ecc.

L'attuale malattia data da 15 giorni.

Essa s'iniziò con febbre seguita da ittero senza altri fenomeni importanti.

Ricoverata in Clinica, con febbre, cefalea, malessere generale, dolore al basso ventre, presentava un colorito itterico intenso della pelle e delle sclerotiche. Attualmente, dopo 7 giorni di degenza, il colorito itterico perdura ancora, ma meno accentuato ed i pigmenti biliari, che prima erano abbondanti nella urina, sono del tutto scomparsi. Gangli linfatici ingrossati, duri, indolenti; mucose colorate, lingua umida e patinosa, tonsille rigonfie.

Organi toracici integri.

Addome un po' globoso nella regiona sottombelicale ove il palpamento genera lieve dolore; percussione timpanica dappertutto. Milsa impalpabile al pari del fegato, però nei primi giorni di degenza in Clinica, questo oltrepassava di un dito trasverso il margine costale (alla percussione). L'esame dello apparecchio genitale, fece riscontrare le note di una endometrite acuta con secrezione muco-purulenta.

La febbre è atipica; talora remittente, talvolta intermittente, ma tutto ciò in modo irregolarissimo.

Risssumendo, l'essme obiettivo da solo 8 note salienti: febbre, ittero, endometrite. Però la nota più importante si rileva dall'anamnesi ed è costituita dalla sifilide.

L'endometrite fu senza dubbio causata dalla incuria che ebbe la donna per sè dopo l'aborto;

la febbre forse è probabilissimamente conseguenza delle lesioni dei genitali. Nè è da pensare allo ittero febbrile, poichè l'inferma ha febbre alta con tutti i caratteri della febbre da endometrite, laddove nell'ittero raramente la febbre raggiunge gradi così alti. Eppoi, nella inferma in parola non vi furono i disturbi gastro-enterici che sogliono avessi nel periodo preitterico della angiocolite infettiva e l'ittero è già quasi scomparso in seguito a qualche cartina di calomelano ed a poche iniezioni di sublimato corrosivo, mentre la febbre e le lesioni uterine perdurano immutate.

La cura da noi intrapresa vi fa intravedere che noi mettemmo l'ittero in dipendenza della sifilide. Ciò forse vi stupirà, poichè è generalmente ritenuto che le alterazioni degli organi viscerali sieno espressione di sifilide inveterata; ma il fegato non di rado ammala nel periodo secondario della sifilide per effetto di questa.

V'ha, insomma, un ittero sifilitico precoce.

Secondo Cardarelli, perchè un ittero precoce, in un individuo già affetto da sifilide, possa ritenersi d'origine sifilitica, occorre che questo coincida con manifestazioni di sifilide secondaria (adenopatie, forme cutaues e macoss) e per lo meno segua a sifilide pregressa;

non si accompagni a disturbi gastro-enterici sia di breve durata (1 a 2 settenari); si accompagni ad uno stato di malessere generale, il che è raro ad osservarsi nel comune ittero infettivo.

Finalmente, la rapida scomparsa dell'itterizia dopo una cura jodo-mercuriale, depone moltissimo per la genesi sifilitica di un ittero.

Orbene, da quanto fu pocansi detto, tutto concorre a far porre tale diagnosi.

In alcuni casi la sindrome fenomenica dell'ittero siflitico è più grave.

Si ha albuminuria, fegato ingressato, delente; però il fegato può rimanere anche (Cardarelli, Fournier) nei suoi normali limiti.

L'itterizia sifilitica si osserva più spesso nelle donne che negli uomini; la sua patogenesi ci è molto oscura.

Secondo alcuni autori, l'ittero sarebbe dovuto ad un enantena del duodeno o delle vie biliari; altri l'attribuiscono a compressione dei dotti biliari per opera delle ghiandole linfatiche site sull'ilo del fegato, ingrossate pel processo sifilitico; Minkowsky e Liebermeister ritengono che la bile possa passare nei vasi sanguigni e linfatici per alterata funzionalità delle cellule epaciche.

Secondo Batmler, nello stadio di erazione,

per effetto della febbre si stabilirebbe un catarrro gastro-enterico, capace di propagarsi al coledoco e quindi l'ittero sarebbe conseguenza indiretta della sifilide. Schroeder ammette una stasi biliare indotta da desquamazione epiteliale dei dòtti per opera dell'agente patogeno della sifilide. Stando alla opinione del Mauri ac nel periodo secondario della sifilide le alterazioni del legato sarebbero quasi analoghe a quelle del periodo terziario, però facilmente riassorbibili. Fleischauer, in fatti, ha potuto riscontrare una grossa gomma nel fegato di un individuo affetto solo da 2 mesi da sifilide e che morì per malattia intercorrente.

Quale di queste teorie è la vera?

Forse nessuns, forse tutte, o tutte insieme concorrono nella genesi dell'ittero.

Ma più importante della patogenesi è la prognosi. Ebbene, essa non può farsi d'emblès. L'ittero da sifilide, al pari di quello catarrale, può d'un tratto assumere una gravezza fatale, ed i casi che provano questo sono numerosi.

Ne ricordo fra gli altri, uno di mia osservazione in cui si svolse rapidamente il quadro dell'atrofia gialla acuta tipica e l'infermo morl.

L tutto questo non potette mettersi che in rapporto ad una recenta infesione sifilitica.

E' difficile poter sempre dire con certezza quali sieno le condizioni perchè ciò avvenga; forse si tratta di una malignità della infezione sifilitica in sè a per sè, forse può darsi che un'altra infezione concomitante renda più funesta la sifilide già esistente.

E nel caso nostro io penso che l'altra infesione (la blenorragica ed i piogeni) che determinò la suppurazione delle ghiandole inguinali; abbia esaltato per com dire quella sifilitica.

Può darsi pure il caso che il fegato presenti una predisposizione allo sviluppo delle lesioni sifilitiche, ma questo non è il caso più comune.

Ricordate solo che l'atrofia acuta del fegato è un complesso sintomatico indotto da cause molteplici e fra queste va annoverata la sifilide recente.

Quando il quadro sintomatico dell'ittero grave si è nettamente delineato, la prognosi sarà riservatissima. E' bene però sappiate che l'atrofia acuta del fegato può (benchè in casi rari) guarire. Ne abbiamo le prove cliniche ed anatomiche.

Waldeyer e Zenker hanno dimostrato che il fegato può ripararsi e Bauer potè osservare in un individuo guarito da ittero grave, ma morto dopo 8 mesi per tubercolosi miliare, il parenchima epatico ricostituito in parte per una neoformazione rigenerativa delle cellule epatiche; io ho potuto osservare, analogamente a Brouardel, che la guarigione d'un ittero grave è apesso preannunciata da un esaltamento della funzione renale, da una vera crisi poliurica agosurica.

Sempre che si ha il sospetto che una manifestazione epatica sia di genesi sifilitica, non bisogna esitare ad intraprendere la cura mercuriale; in tal modo solo potra aversi la speranza di vincere il male e di evitare dolorose sorprese (La Clinica Moderna, 27 gennaio 1897).

Nacciarone

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Collegio dei medici di Vienna. - Sull'apparato visivo cen trale sotto il riguardo diagnostico. - Società clinica di Londra. - Una moneta fissa nell'esofago. - Legatura della seconda parte dell'arteria succlavia per aneurisma. - Ulcera cronica e lupus curati con l'ossigeno. - Paralisi del quinto paio. - Noduli multipli. - Legatura della femorale sinistra per elefantiasi della gamba e del piede. - Club medico viennese. - Sull'avvelenamento per funghi. - Sulle osteo-artropatie.- Collegio medico del dettori di Vienna. - Sull'importanza dell'apparato-terapia di Hessing.

COLLEGIO DEI MEDICI DI VIENNA Tornata del 25 gennaio 1897

L'apparate vieive centrale sette ii riguardo diagnestice. H. Obersteiner. — La reuna è soltanto in parte un organo di senso periferico, poichè essa appartiene, come il nervo ottico, di cui essa rappresenta l'espansione terminale, all'apparecchio visivo centrale ; in favore di questo modo di vedere, depongono i fatti embriologici ed inoltre che nessun nervo periferico s' incrocia prima di entrare nel centro e la circostanza che un nervo ottico tagliato non riprende la sua funzione come si avvera nei nervi periferici. Nel chiasma i nervi ottici s'incrociano, il che non ritiene Kölliker. Il tratto ottico si attorciglia attorno al peduncolo cerebrale e si divide poi in una radice mediana ed in una laterale: la prima va alla commissura posteriore, la seconda, e più importante, si getta nel corpo genicolato e va al paio anteriore dei tubercoli quadrigemelli ed al pulvinar del talamo ottico. La prima specie di fibre della radice laterale ha azione diretta sull'atto visivo, la seconda fornisce gli impulsi per i movimenti della pupilla; l'ultima serve forse ai movimenti riflessi. Nel tratto ottico havvi ancora, oltre alle fibre centripete, quelle centrifughe, che forse influenzano, in via riflessa, i bastoncini ed i coni della retina, come ad es. la contrasione della muscolatura dell'iride nella luce diretta. Da questi tre gangli, va all' indietro un tratto di fibre, dello strato midollare sagittale o raggio visivo di Gratiolet, per il quale la retina è posta in comunicazione con la corteccia

cerebrale. Esso decorre a livello della seconda circonvoluzione temporale, nella sua sostanza midollare e va all' indietro, poi a livello del gyrus angularis per penetrare nel centro visivo corticale nel territorio della fissura calcarina. Questa soltanto, e non tutto il cuneus, deve essere presentemente riguardata come il territorio corticale del nervo ottico, poichè esso ha una struttura del tutto particolare, mostra cioè una stria trasversale di midolla nella corteccia. In riguardo a questo centro corticale, rigetta l'oratore l'opinione diffusa, che il ricordo delle immagini abbia sede nelle cellule di questa parte corticale, perchè talora, distrutta questa sfera visiva, rimane intatto il ricordo delle immagini.

Nella visione bisogna distinguere, secondo l'oratore, l'intensità, la qualità e le forme della luce e quindi si parla di senso della luce, di senso dei colori e di senso dello spazio. I primi due sensi sono localizzati, secondo Sachs, nella corteccia cerebrale (fissura calcarina); il senso dello spazio risulta invece compesto delle sensazioni d' innervazione dei muscoli eculari, in guisa che la percezione delle forme sarebbe soltanto quella degli atti motori dei muscoli dell' occhic. L'oratore compatte ciò, perché, anche quando il bul-bo è tranquillo ed immobile, si possono riconoscere le forme.

L'oratore quindi paris delle malattie, che originano dalla cessata funzione del nervo ottico ed accenna anzitutto alla cecità prodotta in casi di distruzione e compressique del nerve ottice. La cecità è in questi casi sempre corrispondente al lato in cui è avvenuta la lesione del nervo ottico. Contemporaneamente alla cecità si ha in questi casi la mancanza di reazione della pupilla. Nelle distruzioni parziali del nervo ottico si ha lo scotoma. Questi scotomi centrali si hanno nell' avvelenamento da alcool, nicotina, piombo e jodoformic. Nell' atrofia dell'ottico, nella tabe, si ha solo restringimento ineguale del campo visivo, e non scotoma. Una distruzione mediana del chiasma produce emiopia bitemporale, poiche, in seguito all'accecamento delle due metà nasali della retina, tutto ciò, che sta lateralmente, non può essere veduto. Una tale distruzione del chiasma, è causata ad es. da un osteoma o da altro tumore ed anche da proliferazioni dell'ipofisi, come avviene nell' acromegalia.

Infatti, nell'acromegalia si riscontrano spesso queste emiopie.

Il decorso dell'emiopia é trasversale, quando il tumore comprime orizzontalmente e nel centro il chiasma. Una emiopia binasale si ha quando' ad es., in ogni angolo del chiasma abbia sede all'esterno una lesione, o quando, come osservò Schlangenhausen, un tamore con sede nella commissura posteriore del chiasma comprima i fasci di ogni lato non crociati, i quali decorrono vicini l' uno all'altro. Nella distrusione di un tratto ottico, origina la cosidetta emiopia omonima; cioè non si vede nella distrusione del cavamonete. tratto destro, ciò che sta a destra, e così via. danneggi parimenti il peduncolo cerebrale, faci- faceva ad esso da guaina.

lita, per i sintomi a cui esso dà luogo, la diagnosi di localizzazione; e poichè nel tratto ottico stanno anche le fibre per i movimenti della pupilla, le quali vanno ai tubercoli quadrigemelli, così si ha pure rigidità della pupilla. Se la malattia ha sede nel tratto ottico, ma molto all' indietro del medesimo, allora, com' è naturale, l' arco dei movimenti riflessi pupillari rimane conservatc. Questa reazione emiopica della pupilla è parimente importante sotto il punto di vista della diagnosi differenziale.

Se è leso il talamo ottico si ha pure cecità. Secondo Mauthner, un individuo, che ha un'affezione subcorticale del nervo ottico, vede in nero con la metà corrispondente della retina, poiché questa parte della corteccia cerebrale non ha alcuna percezione della luce; ma se il campo corticale è distrutto, allora egli ha soltanto messo campo visivo. Queste deduzioni teoretiche non sono però confermate dalla patica.

Speciale interesse offrono le affezioni bilaterali del lobo occipitale; la emiopia bilaterale, che ne risulta, dovrebbe naturalmente essere identica all'amaurosi totale; ciò non avviene in tutti i casi, poiche talora rimane un piccolo campo visivo attorno alla macula luica. A spiegare questo sintoma si è ricorso alle migliori condizioni di circolazione del campo corticale per la *macula* lutea, la quale, anche nel caso di embolia di un'arteria, potrebbe essere bene irrorata da un'altra arteria e si è pensato anche a questo, che i due emisferi inviino fibre alla macula tutea, in guisa che, quand'anche un pezzettino di un emisfero rimanesse esente, la macula avrebbe ancora fibre sufficienti.

La perdita della facoltà di orientazione nelle malattie della sfera visiva è dovuta, probabilmente, alla distruzione di molte vie di associazione, che decorrono al dinangi. Le più importanti tra questa vie sono, quelle che vanno al centro della favella e che, quando si ammalano, causano alessia, dislessia, ecc., ed anche l'afasia ottica, consistente in ciò, che si riconoscono gli oggetti ma si è impossibilitati a denominarli.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA Tornata del 22 gennaio 1897. Presidente Tommaso Buzzard

Una moneta fissa nell' esofago. Bowiby mostra un ragazzo di 8 anni e mezzo, il quale aveva ingoiato una moneta da un soldo.

Fu tenuto in esamo per 5 settimane, ma nessun sintoma fu osservato.

Preso un radiogramma, si vide l'immagine di una moneta nell'esofago, in corrispondenza della seconda vertebra dorsale.

La moneta non potè essere estratta col dito nè con una pinza ordinaria, nè con un semplice

Fu tolta infine con questo ultimo strumento, Un tumore, che produca questi sintomi, e che posto entro un catetere di gomma elastica, che

In questo stesso modo, fu tolta un'altra moneta dall'esofago ad un fanciullo di 8 anni.

Legatura della seconda parte dell'arteria succlavia per aneurisma. Croly (Dublino) mostra un uomo dell'età di 80 anni, che, in seguito ad una ferita riportata con un paio di forbici nel 1898, per cui soffri una violenta emorragia, ebbe a notare la formazione di un tumore al di sotto della clavicela.

Due anni dopo questo fatto, il Croly legò l'arteria succiavia nella sua metà superiore.

Il polso radiale ritornò in 4 settimane ed adesso è del tutto normale.

Uleera crenica e lupus curati con l'essigene. Stoker mostra due pasienti che furono curati con l'ossigeno.

Uno di essi era affetto da ulcerazione cronica

di una gamba e l'altro da lupus.

Nel luglio passato, il primo iniziò la cura e ben presto scomparve il dolore ed il fetore dell'ulcers.

Dopo circa due mesi era quasi del tutto guarito. All'esame batteriologico dell' ulcera fu rinvenuto lo stafilococco albo ed aureo insieme a ati fotococchi.

L'altro paziente, quando incominciò ad essere curato con l'ossigeno, presentava una ulcerazione estesa nella gamba, con margini irregolari ed inspessiti, molto dolorosa, la quale durava da diecī anni.

In meno di 4 settimane, già la parte inferiore era completamente guarita, ed il rimanente si

avviava anche a guarigione.

L'esame batteriologico mostrò dapprima il batterio sottile: in seguito furono riscontrati stafilococchi e streptococchi.

Spencer-Watson conferma i grandi benefici, ottenuti con la cura dell'ossigeno nei casi di ulcera cronica.

Mette in dubbio che il risultato sia dovuto allo

sviluppo di certi microrganismi.

Si chiede, infine, se l'ossigeno possa essere somministrato sotto forma liquida, adottando, ad esempio, una soluzione di perossido di idro-

Steker, in risposta, aggiunge che ha usato il perossido di idrogeno e lo ha trovato irritante e

di azione meno energica.

L'ossigeno certamente, per produrre migliori effetti, deve essere allo stato nascente.

Paralisi del 5º paie. Sidney Phillips mostra una donna con paralisi del 5º paio, la quale presenta i seguenti principali caratteri.

Anestesia ed analgesia del lato sinistro della faccia, della mucosa del lato corrispondente e della porzione inferiore della guancia e della mucosa che riveste il palato molle e duro; insensibilità dei denti alla pressione; perdita della sensibilità al lato sinistro della lingua; perdita del senso del gusto, tanto nel terso posteriore che nei due terzi anteriori di essa; anosmia; infezione congiuntivale; ulcerazioni della cornea parsa tardiva dei sintomi.

vista deficiente al lato sinistro; assenza completa di qualunque nevrite, ma pallidezza del disco.

La parte motrico, comincia a guarire, essendo che è pessib le la contrazione del massatere e del temporale, che una volta non poteva compiersi.

La mascella inferiore, nell'aprire la booca, de-

via dal lato paralizzato.

La malattia incominció nell' agoeto 1886 con dolore acuto istantaneo alla fronte, con fotofobia, nauses, vomito e con leggero torpore alla mano

Questi sintomi scomparvero dietro la cura del joduro di potassio; rimase soltanto la paralisi del 5º paio.

E' probabile che si tratti di una lesione sifi-

Nedali muitipli. Turney mostra un uomo con nefrite cronica, che egli tiene in osservazione da dodici mesi, durante il qual tempo, si sono sviluppati dei noduli più o meno simmetrici, dapprima nella metà inferiore del corpo, ora in ogni parte della persona.

Alcuni di questi noduli sono fissi, altri spo-

stabili sotto la pelle.

Il paziente non è sifilitico,

L'oratore ritiene che non sieno dei neuromi, ma piuttosto dei fibromi multipli di originé in-

Logatura della femerale sinistra per elefantiasi della gamba e del piede. Lucas mostra un paziente a cui fu legata l'arteria femorale sinistra per elefantiasi della gamba e del piede dello stesso

Per la legatura, l'oratore usò la seta sterilizzata; la ferita guari in una settimana.

Tre settimane dopo l'operazione, l'arto misurava 2 pollici meno di prima, in corrispondensa del polpaccio della gamba.

CLUB MEDICO VIENNESE

Tornata del 20 gennaio 1897.

Sull'avveienamento per funghi. H. Weiss.—Poche specie di funghi sono velenose ed 1 loro caratteri botanico-diagnostici non sono molto evidenti. I caratteri, come il colorirsi della superficie di sezione, l'apparenza gelatinosa della superficie stessa, la lunghezza del picciuolo, sono comuni ai funghi velenosi e non velenosi.

Sanza dubbio hanno influenza il clima e la preparazione. I funghi velenosi sono per lo più

imenomiceti, agaricinei, disemiceti.

L'avvelenamento più noto è quello con l'amanita muscaria col suo principio velenoso la muscarina. Il quadro clinico dell'avvelenamento consiste in fenomeni di grande eccitazione, disordini gastro-intestinali, rallentamento ed indebolimento dell'attività cardiaca, disordini oculari e morte. Il controveleno è l'atropina.

L'altro fungo velenoso è l'amanita phalloides. Caratteristica di questo avvelenamento è la com-

Dopo 10-19 ore si ha uno stato coleriforme, con sintomi di stimo!azione cerebrale, talvolta itterizia, emoglobinuria, ematuria, albuminuria. Per lo più c'è midriasi e cianosi.

Il decorso dell'avvelenamento è molto protrat-

to; l'esito è per lo più letale.

Il reperto necroscopico è analogo a quello dell'avvelenamento per fosforo.

Il principio velenoso di questo fungo è, secondo

Kobert, la fallina.

Subito dopo viene l'amanita pantherina, fungo beue descritto da Jusko. Dopo pochi minuti annebbiamento della vista, gli oggetti si vedono di color violetto, midriasi, fenomeni cerebrali, iperemia e dolori nelle estremità, mai fenomeni gastro-enterici.

Analoghi sono i sintomi dell'avvelenamento con l'agaricus stercorarius e con i funghi giap-

ponesi.

Il fungo di satana (Boletus Satanas) produce dopo 4 ore forte vomito, dolore di stomaco e fenomeni di stimolazione cerebro spinali; per lo

più si ha la guarigione.

L'avvelenamento per funghi moneci è un leggiero avvelenamento per fallina; il sintoma caratteristico di questo avvelenamento è la dissoluzione dei globuli rossi con le sue conseguenze.

Gli avvelenamenti più frequenti sono quelli con funghi mangerecci decomposti: i sintomi sono analoghi a quelli dell'avvelenamento per salsicce, formaggio, carne, pesce.

Ne sono causa i prodotti di decomposizione de-

gli slbuminoidi (neuricolina, metilamina).

In quanto alla profilassi, si raccomanda di impartire nelle scuole, conoscense esatte sui funghi velenosi, di badare se i funghi sono o no putrefatti, ed inoltre si abbia cura di lavarli con acqua calda, prima di mangiarli, il che deve praticarsi anche per i funghi secchi.

La cura consiste nel rapido svuotamento dello stomaco e dell'intestino, nella somministrazione di eccitanti e dell'atropina nell'avvelenamento

per amanita muscaria.

Mittler osserva che sonosi verificati casi di avvelenamento per agarico bianco usato contro i sudori notturni.

Suile estee-artrepatie. Teleky.—Nel 1888 Mari e descrisse il quadro clinico dell'acromegalia, da cui più tardi separò l'osteo-artrupatia ipertrofiszante pneumonica, della quale finora si conoscono 70 casi.

In quest'ultima forma morbosa le mani sono deformate, ma non ingrossate, ed in generale sono deformate le estremità delle ossa lunghe,

Le ossa del cranio non si modificano. Del pari restano integre le parti molli, eccetto i polpastrelli delle dita.

Le alterazioni sono per lo più simmetriche. In un gran numero di casi si sono osservati dolori articolari e lancinanti; in una metà di casi, lesioni delle articolazioni.

Dal lato anatonico, le ossa presentano i caratteri della periostite ossificante e della osteo-porosi. Secondo Bamberger e Möbras le

dita a bacchetta di tamburo costituiscono lo stadio inizisle dell'osteo-artropatis: questa modificazione delle dita per essi è dovuta ad inspessimento e congestione delle parti molli.

L'oratore ha avuto occasione di sperimentare i raggi di Roent gen in uno di questi casi e non ha trovato mai lesioni ossee, bensì delle

parti molli.

Secondo Marie, sono causa dell'osteo-artropatia i processi purulenti icorosi dell'apparecchio respiratorio, ed anche le cardiopatie. In un caso osservato dall'oratore la causa pare sia stata una disenteria grave.

In quattro casi, l'osteo-artropatia si era verificata in ammalati di siringomielia. Altre volte i traumi e l'alcoolismo pare abbiano avuto un'asione predisponente. In altri casi l'osteo-artropatia si è sviluppata in seguito a sifilide, a tumori maligni.

Anche l'eredità, pare abbia una certa impor-

tanza

COLLEGIO MEDICO DEI DOTTORI DI VIENNA. Tornata del 18 gennaio 1897.

Sull'Impertanza dell' apparate-terapia di Hessing. Handek—L'ortopedia meccanica data da H e sa i n g.

Il suo corpetto sorrettore ha fatto buona prova nelle spondiliti gravi e l'eggiere, ed anche nella scoliosi, sebbene qui si ottengano migliori effetti dal raddrizzamento e dalla ginnastica. Auche nella tabe il corpetto viene usato con buon risultato.

L'applicazione del corpetto è fondata sullo stesso principio della cura con la sospensione. La circolazione sanguigna e linfatica del midollo spinale così migliora, ed i buoni effetti si manifestano dapprima sulla vescica e sal retto, poi sulle parestesie e sull'atassis. Il corpetto è stato pure adoperato nella mielite, nelle fratture della colonna vertebrale, nella lussazione congenita dell'anca.

In quest'ultimo caso, con l'apparecchio di Hessing si ottiene soltanto un risultato funsionale, ma lo stato dell'articolazione non viene in alcun modo modificate, anzi dopo aver portato per lungo tempo l'apparecchio, si verifica atrofia dell'arto corrispondente.

Questi apparecchi, dunque, possono applicarsi negli adulti e nello stesso tempo deve praticarsi la ginnastica, mentre nei giovani si ottengono risultati di gran lunga migliori con i processi

operativi cruenti ed incruenti.

Hessing applica i suoi apparecchi anche nelle contratture dell'articolazione del ginocchio, nel ginocchio varo e valgo, nelle deformazioni del piede, sia paralitiche, sia consecutive a frattura dell'articolazione. Nella paralisi essensiale dei bambini si sono ottenuti buoni risultati dal corpetto e dagli apparecchi a doccia di Hessing.

Lorenz riconosce l'importanza degli apparecchi di Hesting nel campo dell'ortopedia meccanica, specie nella cura della tubercolosi articolare. Nella lussazione congenita dell'anca, poi, anche se l'apparecchio si tiene applicato per lungo tempo, non se ne ritrae alcun vantaggio, e del pari gli apparecchi di H e s s i n g sono inutili nelle anchilosi ossee e nella deformazione dello scheletro negli adulti.

Bum fa notare che il principio della cura ambulante delle fratture si deve ad Hessing.

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Il delere punterio laterale e la stenesi delle arterie intercestali negli arterieseleretiei. Weber.—Non è infrequente il caso che un infermo consulti il medico, unicamente per un dolore puntorio che lo tormenta e che il medico riconosca che debba escludersi ogni causa reumatica, essendo i dolori vaganti, accessionali, reumatoidi.

Queeta specie di dolori, d'ordinario, si localizsano a metà del torace; raramente sono bilaterali e talora han sede verso la linea ascellare, talvolta sulla spondiloidea o para-spondiloidea.

Questo dolore spontaneo è un poco esacerbato con la pressione, benchè vi sieno infermi in cui la compressione lo attenua alquanto.

Tutti gli infermi accusano una certa difficoltà nei movimenti respiratori ed assumono una posizione la quale favorisca l'immobilità del lato affetto.

In generale si fa diagnosi di nevralgia intercostale, reumatismo muscolare e si prescrive l'uso dei rivulsivi topici, l'idroterapia, la chinina, l'antipirina, il salicilato di sodio, i quali o non mostrano alcuna azione, oppure ne hanno una lievissima.

L'autore, avendo avuto occasione di osservare un numero considerevole di infermi di simil genere, richiama l'attenzione sopra alcuni particolari segni clinici. Questi sono:

1º l'età molto avanzata degli infermi;

2º lo stato abituale d'ipertensione arte-

So segni di sclerosi delle arterie periferiche, manifestazioni sintomatiche d'uno stato spasmodico delle arterie (dito morto, sincope locale, accessi di pallore, crampi muscolari, accessi di angina pectoris);

4º la localissazione costante del dolore puntorio tra il 4º e l'8º spasio intercostale, tra linea

spondiloides ed ascellare;

5° il carattere angoscioso del dolore, la sensazione di peso, di costrizione, accusata dagli infermi;

6º l'influenza che hanno la posizione, le essursioni toraciche, gli sforzi muscolari in geera le, sulla produzione degli accessi dolorosi;

7º la delimitazione, d' ordinario, circoscritta adella regione dolente;

8º finalmente l'efficacia costante che-hanno i

farmachi vaso-dilatatori ed in ispecie la trinitrina ed i joduri.

L'autore riporta la storia di alcuni casi clinici e, da questi e da altri, deduce che esiste una sindrome clinica nettamente caratterizzata dai segni ora enumerati, sindrome alla quale dà il nome di « dolore puntorio emilaterale degli arteriosclerotici ».

Di diagnosi facile, quando i sintomi fisici e funzionali sono bene accentuati, la malattia presenta alcune difficoltà quando mancano i segni principali. Ed allora bisognerà ricercare accuratamente le stigmate inisiali dell'arterio-sclerosi.

Huchard, nel suo trattato sulle cardiopatie, così le enumera: algidità locali, sincopi locali, dolori reumatoidi o crampi negli arti, vertigini, cefalee, sonnolenza con stanchezza cerebrale, disturbi visivi, pallore degli integamenti, dispinea negli sforsi, poliuria e finalmente il segno patognomonico della ipertensione arteriosa, l'accentuazione diastolica dell'acrta.

Mancando tali segni cardio-vascolari, il dolore puntorio degli arterio-sclerotici si distinguera dal dolore toracico che si ha nelfe pleuriti o nelle polmoniti iniziali, per la mancanza della febbre, dei brividi e dei disturbi funzionali della respiraziona.

Al contrario la vera nevralgia intercostale, spessissimo si confonde con la sindrome accessionale degli arteriosolerotici,

La la però si localissa a prevalenza a sinistra, il dolore è più vivo, più lancinante, più superficiale; essa è meglio circoscritta e si ha tanto di giorno che di notte; raramente è periodica; si esagera poco con gli sforsi muscolari, ma solo con i movimenti respiratori; eppoi, spessissimo, coincide con altri dolori (gastralgia, eco.).

Nell'irritazione spinale, il dolore, spontaneo o provocato, si limita alle paraspondiloidee o sulla spondiloidea.

Finalmente la diagnosi differenziale è ancora più difficile quando vuolsi distinguere il dolora puntorio degli arteriosclerotici da quello indotto dal reumatismo delle pareti to:aciche.

In generale, però, bisogna ricordarsi che nel reumatismo muscolare il dolore è mattutino e si ha solo quando sono posti in contrasione i muscoli affetti, dolore che è sempre più vivo di quello che si può risvegliare con la pressione.

Finalmente il dolore non è mai attenuato con la compressione.

Sotto il punto di vista patogenetico, il dolore puntorio laterale degli arteriosclerotici è la conseguenza di una ischemia vascolare prodotta per spasmo delle arterie intercostali.

E per siò il Weber mette questa sindrome in parallelismo con la sindrome dell'angina pectoris ed a tal punto che vorrebbe chiamarla col nome di angina pectoris intercostale.

I caratteri dei dolori sono identici in ambo i casi e la cura è la stessa.

L'interpretazione patogenica del male è giustificata dallo studio delle lesioni vascolari. La localizzazione tra 4º ed 8º spazio intercostale

superiori) e tra spondilcidea ed ascellare anteriore, parla aziandio in favore della opinione del 4, 1897). Weber, che cioè il processo arterio-sclerotico dell'aorta si sia propagato eziandio alle prime diramazioni di essa, producendo tutta quella sindrome inevitabile che si ha quando interviene lo spasmo arterioso e la brusca produzione della ischemia.

Fatta la diagnosi di dolore puntorio da arterio sclerosi, bisogna ricorrere all'uso dei vasodilatatori (trinitrina, joduri).

La trinitrina specialmente, esercita la sua azione sul sistema vasale, dilatando i vasi periferici ed abbassando la tensione vasale. Sia che essa eserciti la sua azione direttamente sulla fibra muscolare dei vasi, sia che essa paralizzi il simpatico, l'effetto è sempre lo stesso ed il successo che dall'uso di questo farmaco si ottiene, deve ascriversi al fatto che la sua azione vaso dilatatrice fa scomparire l'ischemia intercostale organica o funzionale degli arterio-sclerotici (Journal des praticiens, 80 gennaio 1897).

Nacciarone

Sulla diagnosi dei tifo addominale coi siere di Widal, con particolare riguarde al motode secce. F. Pick ha cercato di vedere il valore diagnosti-co del metodo di Widal ed ha provato spedislamente quei metodi di ressione, che rendono possibile nella pratica un implego diffuso dei medesimi. Egli estraeva il sangue dal polpastrello delle dita e lo raccoglieva in piccoli tubi di 6 mm, di diametro. Dopo 1-2 ore, durante le quali la coagulazione del sangue erasi completata, toglieva con un' ago, riscaldato al rosso, il coagulo, e così otteneva quasi sempre 1,2-8,4 cc. di giero.

Il siero non ha bisogno di essere del tutto chiaro, poichè un debole contenuto del medesimo in corpuscoli rossi non disturba affatto le reazioni. Quindi su un porta-oggetti si depongono coll'ansa di platino 10 gocce di una cultura in brodo di tifo sviluppatasi da 24-48 ore e vi si aggiunge una goccia di siero e si esamina il miscuglio a goccia pendente. Sabitamente, o dopo alcuni minuti, si osserva avvenire la reasione, cioè cessare i movimenti dei bacilli, e questi riunirsi in gruppi.

Oltre alla reazione coi siero, impiegò l'autore il sangue essiccato. A questo scopo lasciava egli cadere su carta incollata 1.8 gocce di sangue che lasciava poi seccare sotto una campana di vetro. Dopo 24 48 ore il sangue e ordinariamente es siccato. Per l'esame si porta una goccia di acqua distillata sulla macchia di sangue e dopo alcuni minuti il liquido così ottenuto si mescola con 1.5 gocce di una cultura in brodo e si esamina microscopicamente.

Con questi metodi , meno complicati e facilmente eseguibili, potè l'autore constatare il loro vafore diagnostico in 20 casi.

L'autore concluie, che la reasione col siero

(ove appunto si estendono i rami acrtici laterali di Widal rappresenta davvero un messo diagnostico prezioso (Wiener klin. Wochenschr., n.

Scaaliosi

NOTE TERAPICHE

Cura del prurito vulvare. Labusquière. lorché il prurito vulvare è l'espressione di un processo génerale (diabete, netirastenia, artritismo, albuminaria, tubercolosi, ecc.), ovvero è dipendente da un processo locale abbastanza netto leucoplasia, vaginite, metrite, cancro dell'utero, ecc.) la cura generale può essere coadiuvata dal seguente trattamento:

losioni molto calde (45° a 50°) con untr sbiusione fenica, 1 a 2 p. 100; o lozioni molto fred-

de (a 50), con la stessa soluzione.

Brocq ha indicato recentemente contro il prurito dello scroto la formula seguente, che può essere anche utilizzata contro il prurito della vulva.

Acido fenico	gr.	20
Glicerina	•	75
Alcool	•	25
Acqua distillata	•	800

Da uno a quattro cucchiai in un bicchiere d'acqua ben calda; nei casi di crisi regolari ; si può somministrare du e volte al giorno mezzo gramma d'antipirina.

Si possono pure adoperare delle lozioni mercuriali. Tarni er indica la seguente formula:

Bicloruro di mercurio	gr.	2
Alcool	•	10
Acqua di rose	•	40
Acqua distillata	•	450

L'applicazione di questa soluzione, che deve essere praticata dopo un lavaggio con acqua tiepida ordinaria, suscita una sensazione di bruciore assai intenso, per cui gli infermi debbono adoperare, immediatamente dopo, dell'acqua fresca.

Alcuni preferiscono l'uso di pomate a base di una delle seguenti sostanze : resorcina, mentolo, acido fenico, naftolo, ittiolo, guaiacolo, cocai-

Altri, invece, ricorrono alla cura elettrica ado-

perando la corrente galvanica.

M. spesso questi farmachi non riescono allo scopo, e per calmare la violenza del prurito, occorre intervenire chirurgicamente. Le operazioni che si praticano in questi casi sone: le scarificazioni, le sezioni nervose, o le resezioni più o meno ampie dei tessuti che sono la sede del prurito (8 c h r o e d e r, L ö h l e i n, Küstn e r, Carrard, Welster, ecc.)

Becentemente Ruge comunicava alla Società ostetrico-ginecologica di Berlino, che si possono ottenere risultati meravigliosi, istituendo una cura, fondata essenzialmente sulla disinfezione completa degli organi genitali.

Difatti, egli ritiene, che quasi tutti i casi di prurito vulvare siano dipendenti da una irritasione locale provocata da affezioni vulvari, vaginali, e del collo dell'utere, irritazione molto probabilmente di natura chimica o batterica, quantunque non si sia ancora dimostrata la presenza di un batterio specifico.

Bisogna lavare, insaponare e disinfettare con il sublimato vulva, vagina e collo dell'utero, finchè si abbia il convincimento che non rimangono più germi patogeni, e poscia si può ungere la vulva con vaselina fenica al 8-4 per 100. Per questa disinfesione debbono adoperarsi esclusivamente le dita, mettendo da parte qualunque strumento che potesse determinare nuove lesioni.

Da più anni Ruge adopera questo metodo sistematicamente in tutti i casi di prurito e può affermare, che il risultato ottenuto è stato sempre meraviglioso.

Occorre sultanto badare che la cura sia praticata da una mano intelligente (Asmales da gynècologie, gennaio 1897).

Bentivegna

La cura della varicella. — In primo luogo deve precedere la cura igienica allo scopo di evitare le possibili complicanze, fra le quali una delle più temibili è la nefrite.

Quindi, occorrerà di far rimanere il bambino a letto o per lo meno in camera, evitando tutte le cause di raffreddamento. Il latte, il brodo, le tisane calde, costituiranno gli elementi principali dell'alimentazione, e se si riscontra qualche po' d'albumina nelle urine, bisogna essere pronti a prescrivere il regime latteo assoluto.

La cura medica è soltanto una cura sintomatica. L'imbarazzo gastrico è uno dei cintomi che bisogna combattere all'inizio della malattia. Sel'eruzione è già accennata, si potranno somministrare i purganti, preferendo fra questi, o l'olio di ricino (10 gr.), ovvero il calomelano (10-15 centigr.).

Esistendo segni d'infesione generale si daranno contemporaneamente piccole dosi di antisettici intestinali.

La stomatite un po' forte si può curare con la seguente soluzione:

Clorato di potassio gr. 5 Acqua > 100

La congiuntivite dovrà ugualmente essere l'oggetto di ogni cura. In generale si prescrive una soluzione di solfato di sinco all' 1 per 100, ma si può nello stesso tempo adoperare la pomata al precipitato giallo:

Precipitato giallo centgr. 20 Vaselina gr. 10

ovvero al calomelano:

Calomelanocentgr. 25Vaselinagr. 10

Inoltre Comby consiglia di combattere levescieole congiuntivali con il nitrato d'argen to, ovvero col solfato di rame.

Per diminuire il prurito, si praticherauno delle unsioni con la vaselina borica, ovvero si adopererà una miscela d'amido e di polveri antisettiche, od inerti come le seguenti:

Polvere d'amido
di talco
d'acido borico
ana gr. 10

ovvero:

Polvere d'amido
d'oseido di sinco
d'acido borico
ana gr. 10

Le infesioni secondarie possono divenire gravi. Gus ot cita il caso di un infermo che, in seguito alla varicella fu affetto da una erisipela della faccia e morì.

Le trasformazione gangrenosa delle vescicele è di una gravezza estrema: in questi casi si adoperano i bagni e le polverizzazioni al sublimato, al permanganato di potassio, ecc., ovvero le pomate antisettiche.

I o si a s consiglia di temere le artriti della convalescenza, le quali possono suppurare. Bisogna allora immobilizzare l'articolazione affetta, e se per poco questa contiene del pus, non si deve esitare a praticare l'artrotomia.

Infine, se non si manifestano complicanse gravi, dopo 12-15 giorni si farà praticare all' infermo un bagno di nettessa ed allora soltanto esso può ripigliare la vita in comune. Per ciò che concerne la scuola, la durata legale dell'isolamento è di 25 giorni a partire dal primo giorno d' invasione (Jeurnal des praticions, n 5, 1897).

Bentivegna

NOTA DI MEDICINA PRATICA

Un case di pneumenite anermale

Corpolò di Rimini, 80 gennaio 1897.

Verso la metà di gennaio, una donna di circa 50 anni, nubile, di professione domestica presso una famiglia benestante, con gentilizi buoni, e sensa stimmate di malattie pregresse e d'importanza, s'ammala di pneumonite sinistra posteriore. Tanto con la percussione come con l'ascoltazione si ha tutto quanto si rileva in una pneumonite tipica. Ma quello che in tale caso non riscontrò di regolare si furono i sintomi precedenti e susseguenti patognomonici che d'ordinario nelle pneumoniti genuine si osservano in ispecie se queste hanno luogo in individui che abitino siti sani, forniti di buon vitto, non dediti ad eccessivi lavori e non proclivi all'abuso di vino o di sostanze atte ad infermare len-

tamente il proprio corpo.

Importante nella inferma in discorso, ad eccesione della sintomatologia fisica che corse regolare, fu il resto tutto all'opposto di ciò che ogni giorno si osserva. Imperciocche il noto freddo che in genere apre la via alla pneumonite genuina mancò del tutto; ma fin dall'i-

nizio si ebbe tale affanno che in certi momenti assumeva tutte le note dell'ortopnea; ad onta di ciò niente espettorato, e se qualche volta l'inferma tossiva, il che raramente accadeva, appéna si ebbe qualche escreato salivare. Le febbre intanto, fin da principio si mantenne bassa, in guisa che a malapena una volta e per poco la temperatura salì ai 89,º mentre questa per oltre otto giorni oscillò fra i 88º ai 88º5.

Le pulsazioni si mantennero in genere fra 70 e 100 al minuto, mentre le respirazioni salirono quasi sempre ad 80.

Le funzioni del cuore procedettero regolarmente, chè il cuore nell'inferma è in ottime condizioni.

La mente si mantenne sempre lucida, e coel le altre funzioni del corpo camminavano ordinatamente.

Nell'urina si riscontrarono tracce d'albumina, ma ad onta di ciò fu sempre abbondante e di colore normale.

Così le cose procedettero fino al nono giorne, quando decrescendo i sintomi fisici, per un' intera giornata si ebbe discreta tosse con un escreato tutto proprio della pneumonite genuina, di maniera che i postumi del male confermarono oltre alla constatazione dei sintomi fisici, i prodromi della flogosi polmonare. Verso la decima giornata, la malata cominciò ad andare di bene in meglio, e già pensava ad abbandonare il letto quando nella notte cominciò a sentire un bruciore insieme ad un dolore urente nella gola.

E appunto, sul velopendolo palatino come su ambo le tonsille, si trovò una membrana della forma e caratteri macroscopici della difterite. Per tale morbosa contingenza l'inferma ha dovuto restare a letto altri giorni, ma anche di tale malore in breve guari.

Come sul principio accennai, non oso nè mi sento da tanto, da ingolfarmi in osservazioni ed interpretazio i riguardo al caso alla meglio raccontato un utile ricordo per una prognosi fausta lasciando quindi ad altri il còmpito, se ne vale la pena, di procedere in esame. Però solo aggiungo che alla malata, oltre ad una cura igienica molto riguardosa, ed oltre un vitto sostanzioso e confacente, come mediche prescrizioni, ordinai dell' infuso di digitale con alcool e caffeina non che il liquore anisato di ammonio. E per la sopravvenuta affesione morbosa alla gola prescrissi oltre alla più scrupolosa nettezza, gargarismi a base di clorato di potassa con forte dose di acido fenico e glicerina.

E con ciò faccio punto, nella persuasione che superflua non sarà la nota, e che se essa non avrà importanza pei pratici esperti, sarà per altro ai neofiti e ai giovani cultori di Esculapio quando a simili casi si trovassero di fronte.

dott. Pietre Tommasetti

RICORDI MEDICI

Aristide Verueuil

Arístide, Augusto, Stanislao Verneuil, nacque a Parigi il 29 settembre 1828. Suo padre, creolo della Guadaleupa e figlio del presidente del consiglio municipale della Basse-Terre, aveva fatto i suoi studi medici a Parigi; laureatosi, fu costretto ad abbandonare la moglie e il figlio e a ritornare alla sua isola nativa. La sua gioventà, le sue relazioni, lo stato della facoltà, nella quale egli si trovava, gli procurarono ben presto una clientela numerosa e una vita agiatissima; per un futile pretesto, una discussione sul magnatismo, attaccò briga con un collega, si battè in duello; colpito da una palla all'addome morì in poche ore.

Verneuil restò orfano assai bambino.

La madre, una donna distintissima, nata a Grenoble nell'anno IX della Repubblica, era figlia di quel marchese d'Olle i cui fasti furono proverbiali.

Olimpia Andreina d'Olle però aveva una volontà indomabile, sempre superiore agli avvenimenti; dopo la morte tragica del marito, essendo ben scarse le risorse giornaliere, cercò lavoro, aintata dalla figlia Nanne, sorella maggiore di Aristide, in un negosio di guanti; più tardi, nel 1881, il comitato dei coloni notabili di Saint-Domingue, le assegno un socsorso annuale di 800 lire.

Aristide Verneuil fu dato a nutrice in campagna.

A 16 anni entrò nell'istituto dei padri Chastagnier, ove rimase 2 anni; nel 1840 si inscrisse nella facoltà di medicina. I primi passi della sua carriera non furono molto incoraggianti, il concorso per l'esternato fu assai medicore, risultò lo 89°, uno degli ultimi; i posti allora non erano così numerosi come oggi, la sua umiliazione fu profonda, come egli stesso riferì nel discorso, pronunziato 18 anni dopo, nel 1856; il concorso per l'internato, fu una rivincita, riusci il 28° in una lista che cominciava col nome di Rach, di Cusco e di Carlo Robin.

Aristide Verneuil non aveva che 21 anuo, venemente, dopo una infanzia od una giovanezza assai avventurosa, non aveva perduto molto tempo.

Passò il suo primo anno di internato presso Natul Guillo t alla Salpetrière, il secondo alla Pitiè nel reparto di Lisfranc, l'anno dopo a S. Antonio con Basin, fu ivi che conobbe Follin; due anni più tardi alla scuola pratica s'incontrò con Broca, fu allora che nacque quella amicisia famosa nella storia della medicina francese. Questi tre giovani riuniti per le loro funzioni, lo furono parimenti per laloro affinità naturale, i loro gusti, il loro orrore per le rutina, e il loro slancio giovanile.

Sorgeva allora nell'Accademia di medicina la discussione sul cancro. L'anatomia patologica, creata da Bichat, s'era elevata con Bayle, Laännec, e Cruveilhier a tal punto, che non poteva progredire più oltre, sensa l'aiuto dei nuovi mezsi d'indagine. Il microscopio era stato già scoperto da due secoli, ma era ancora molto imperfetto per lo studio della trama organics. Verne uil aveva già iniziato e ben condotta la campagna nella Gametta hebdomadaire e i suoi commentari, la sua critica, ie lettere a Bouilla ud, i suoi articoli sul microscopio e la chirurgia erano assai appressati, come il discorso pronunsiato dalla tribuna della vecchia accademia,

Nel 1848 si apriva il concorso per professore pareggiato di chirurgia; i tre amici s'inscrissero, ma durante le prove si mostro evidente che, dei tre posti, uno era riservato a Richard, Broca sarebbe stato eletto il primo, per il terso, molti esitavano fra Follin e Verneuil. Questi allora ei appigliò ad un partito eroico: si ritirò prima della tesi, e siccome i forti studi precessi gli avevano formato un completo corredo di fisiologo, si presentò, subito dopo, al concorso di scienze accessorie contro Fano, Dupré e Segond. Dopo una composizione scritta sulle ossa, delle bril-·lanti lezioni orali e una socellente tesi sul sistema nervoso fu eletto prima di Segond. Lo stesso anno tutti e tre gli amici erano professori pareggiati però per l'estrema penuria dei posti Verneuil dovette aspettare tre anni prima di essere piazzato.

Egli continuò le sue ricerche d'anatomia e le sue comunicazioni, alla Società anatomica e alla So-

cietà biologica.

La descrizione del pancreas gli fruttò, nel 1855, una ricompensa dell' Istituto; fece per il primo delle ricerche sui cancroidi sudoripari, sui neuromi plessiformi.

Pregevolissimi furono gli studi sugli aneurismi, sulle ernie, sulle lussazioni paralitiche, sulle fistole, sui tumori bianchi, sull'ano artificiale, sulla rettotomia lineare, sulla dilatazione, sulle emorroidi.

Tenne l'insegnamento fino all'età di 70 anni; Verneui i diede le sue dimissioni da professore in pieno possesso delle sue facoltà intellettive e della sua autorità scientifica; egli volle discendere e non cadere dall'insegnamento; diede l'addio nel grande anfiteatro della facoltà; al suo ingresso, i colleghi,gli antichi allievi, gli studenti, si alsano in massa e l'accolsero con un iungo applauso. Egli riassunse i suoi lavori, descrisse la sua v.ta scientifira, pariò della sua passione d'insegnante, dell'amore ardente per la scienza e per la patria, la sua espressione era raggiante nel pronunziare i nomi di Ola udio Bernard e di Paste ur.

La sua salute, fino aliora eccellente, cominciò ad essere alquanto cagionevole, gli accessi di tosse, di cui soffriva prima, si fecero più insistenti e più prolungati, era costretto a fare delle inalazioni d'etere per mitigarli; in 24 giorni fu obbligato a consumare 45 litri d'etere, le sue forze e' indebolirono, durò poco tempo in questo stato, peggiorando sempre, moril'11 giugno 1895 all'età di 71 anno.

Follaci

NOTIZIE

Misure sanitario

Riproduciamo il testo dell'ordinanza Sanitaria emessa dal Ministero dell'Interno:

« Art. 1. — L'art. 4 della predetta ordinansa 29 decembre 1896, sarà applicato alle sole navi provenienti dai porti dell' Indostan ed a quelle di proveniensa diversa che vi hanno approdato, tranne il caso in cui risulti che le merci previste dall' art. 4, imbarcate su queste ultime navi nei porti nell'Indostan, siano state collocate in appositi locali, e mantenute separate da quelle imbarcate nei porti precedenti.

Art. 2.— (firea l'invio delle navi alle stasioni sanitarie, quando ne sia il caso, saranno per ora fatte approdare tutte a quello dell'Asinara, salvo a designare altra stasione quando se ne presenti l'opportunità.

I signori prefetti delle provincie marittime, le Capitanerie e gli uffici di porto del Bagno sono incaricati dell'esecuzione della presente ordinanza.

Si dice che sia imminente la pubblicazione di una nuova ordinanza di Sanita marittima per impedire che le navi provenienti dall'Oriente e che fanno scalo a Palermo e a Napoli, possano importare i germi della epidemia. Tali navi verranno senz'altro respinte e faranno quarantena all'Asinara. Il governo stabilira, inoltre, che tutte le navi avanti di entrare in porto a Napoli subiscano a Nisida una rigorosissima visita sanitaria e sieno disinfettate a Nisida, ansichè nel porto di Napoli.

Patte di selidariotà fra le associazioni dei sanitari italiani

1.º Il Consiglio direttivo di ogni società aderente al Patto, appena accertato il licenziamento ingiustificato di qualche socio dalla condotta che copriva, pubblica il nome della condotta sul Bollettico della società alla rubrica: Patto di solidarista, oppure su altri giornali politici e professionali della regione, e ne spedisce copia a tutte le altre società mediche.

2º L'associazione medica, a cui appartiene il sani. tario licensiato, farà pratiche sollecite presso i concorrenti alla condotta posta al bando, perche ritirino i documenti, e quanto meno si impegnino formalmente a non accettare se eletti.

Se il concorrente appartiene ad altra società diversa da quella a cui appartiene il socio licenziato, questa dovrà avvertire quella perchè a sua volta compia presso il suo socio le pratiche di cui al paragrafo precedente.

8.º Verificandosi che ad onta di tali pratiche la con dotta venisse coperta da qualsiasi altro sanitario, que sti dovrà essere radiato dall'albo delle società aderent al Patto, se vi appartiene, il suo nome sarà pabblicato sui Bollettini di dette società per tre volte consecutive e su tutti i giornali politici e professionali della regione dove trovasi la condotta, affinche tutti i colleghi siano avvertiti che non gli devono ne favori, ne riguardi, negandogli ogni rapporto personale e professionale, e considerandolo come un empirico qualunque, estraneo alla classe dei sanitari.

4.• Le società aderenti el Patto si obbligano di mantenere fra di loro buoni e frequenti rapporti, di giovarsi a vicenda in ogni bisogno e per ogni agitazione d'ordine generale.

Le Associazioni che finora aderirono a questo Patto di Solidarietà sono le sequenti: Associazione Medica di Brescia, Comitato Medico di Novara, Associazione Medica Provinciale di Girgenti, Comitato Medico del Casentino, Società Medica di Bergamo, Associazione Medica di Albo, Comitato Medico di Crema, Comitato Medico di Como, Comitato Medico di Vicenza, Comitato Medico di Cremo, Comitato Medico di Cremos.

Congresso d'igiene

Stante le molte difficoltà di tenere nel 1897 un Congresso d'igiene a Milano, mentre nello stesso anno debbono averluogo i Congressi Internazionali di Mosca e di Madrid, e col prossimo aprile si apre l'Esposizione di Bruxelles, nella quale è fatto largo posto alle sezioni d'igiene, ecc., il Comitato i provvisorio avrebbe deciso di soprassedere rimandando ad epoca più opportuna l'eventuale ripresa dei lavori. Nel 1898 è pure indetto un Congresso d'igiene a l'orino, alla cui riuscita provvede da molti mesi un Comitato locale. Infine, è pure in vista un Congresso di Dermatologia a Berlino, oltre quelli di medicina e chirurgia nazionali che si terranno a Roma. Come si vede, l'attesa di un simile avvenimento per Milano, ansichè nuggere, gloverà, perché non è male si dia ai Congressi quella importanza che apesso viene menomata dalla eccessiva loro frequenza.

Traslece di medici provinciali

Con recenti decreti ministeriali:

Torselfini cav. dott. Durante, medico provinciale a Bologna, wanne transcanto a Firenze.

De Hierony mis cav. dott. Taddeo, da Venesia a Pisa.

Loriga cav. dott. Giovanni, da Firenze a Venesia, Ungaro cav. Goffredo, da Avellino a Salerno, De Bella cav. dott. Clemente, da Salerno ad Avellino. Badaloni cav. dott. Giuseppe, in attesa di destinazione, traslocato a Bologna.

Sui regelamento per i sieri

Il regolamento presentato al Consiglio Superiore di sanità per disciplinare il commercio dei sieri e vaccino comprendeva tre capitoli. 1.º Sul vaccino animale; 2.º Sul vaccino anticarbonchioso, tubercolina e malleina; 3.º Sui sieri curativi immuniszanti.

I primi due espitoli furono accettati; il terzo si rimando sino alla fine di febbraio volgente; rimane quindi tassativamente in vigore l'ordinanza del 5 maggio p. p, onde fino a quest'epoca lo smercio dei sieri può continuare. In seguito a ciò, l'on. prof. De Giaxa, direttore dei Laboratori di Stato, ha presentato le sue dimissioni.

Espesizione internazionate di Bruxelles

L' Reposizione si aprirà il 24 aprile 1897.

Biportiame dal regolamento generale gli articoli rigumulanti la Sesione Igione e delle Arti Mediche e Farmassutiche. Il gruppo VIII comprendera l'igiene generale e l'igiene profilattica. Piani, modelli di laboratori d'igiene, materiali e fabbricasioni relative. Pubblicasioni, piani e studi circa l'organizzazione dell'igiene e della polizia sanitaria, della statistica dermografica e medica. Posti di osservazione, lazzaretti, ospedali d'isolamento, Stazioni sanitarie marittime, balneari e climatiche. Sale di disinfezione.

Il gruppo IX comprenderà l'igiene urbana e rurale. Piani di risanamento e d'ampliamento. Rivestimenti delle strade. Eliminazione, utilizzazione e distruzione delleimmondizie pubbliche e private. Evacuazione, epurazione ed utilizzazione delle materie cloacali, ventilazione degli egout, bonifiche. Sistemi di condotta, filtrazione e distribuzione delle acque, piani e modelli di bagni pubblici e lavatoi. Cimiteri, sale anatomiche, apparecchi ocematori. Sale di cazilium estas.

Il gruppo X (Igiene delle abitazioni) comprendera piani e modelli di abitazioni private e collettive e di pubblici stabilimenti. Materiali di costruzione, ventilazione e riscaldamento. Seuole e mobilio scolastico, caserme, prigioni, ospizi, maternità, manicomi. ospedali per contagiosi e loro mobilio. Igiene dei trasporti (battelli, vagoni, ambulanse).

Il gruppo XI comprenderà l'igiene corporale, l'igiene alimentare, l'igiene dell'infanzia. Vestimenti, ginnastica. Sestanze alimentari, acque minerali, sostanze conservatrici e fabbricazione delle conserve. Trasporti per acqua e per terra delle derrate. Igiene della cucina. Alimentazione dei bambini. Alimentazione artificiale. Abiti per lattanti. Abbigliamento infantile.

Il gruppo XII comprendera l'igiene industriale e professionale. Industrie insalubri. Piani e modelli di officine, con ventilazione, riscaldamento, acqua potabile, latrine, disinfezione, lavatoi, bagni, ecc. Apparecchi di protesione contro gli infortuni sul lavoro. Opere relative.

Il gruppo XIII comprenderà le arti mediche e farmaceutiche con istrumenti di esplorazione medica, di chirurgia, di ortopedia, di laringologia, di otologia, ecc. Materiali di trasporto per ammalati. Materiali, di installas oni di farmacie. Prodotti chimici e farmaceutici. Organissazione, istrumenti, apparecchi el igiene di medicina veterinaria.

Redattore responsabile: Datt: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE MEDICO-CHIRURGICHE

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrio: capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera.

Scadenza 28 febbraio.

Varmo. — Udine. — Con lotta - medico - chirurgica. Stipendio annuo L. 2800 più 200, lire quale Ufficiale sanitario, è cent. 85 per ogni vaccinazione. Assunzione del servizio con il 1º aprile.

Scadenza 15 febbraio.

Sommario. — 1. Riviste generali. Melanosi e cheratosi arsenicale. — 2. Rivista di Ctinica. Clinica dermosifilopatica di Parigi (prof. Fournier). Sulla cura dell'acne resacca. — Crinica medica di Bordeaux (Lichtwitz e Sabrasès). Guarigione d'un gosso tiroideo alla vigilia dell'operazione mercè la cura tiroidea. — 8. Terapia chirurgica. — 4. Strumenti nuovi. — 5. Opoterapia — 6. Note terapiche. — 7. Formulario. — 8. Notisie.

RIVISTE GENERALI

Meianosi e cheratosi arsenicale L. Nielsen

Tuttoché la credenza nella virtà terapica dell'arsenico contro una grande quantità di processi patologici, e specialmente di affesioni cutanee, incominci ad essere un pò scossa, certo è che l'uso di questo farmaco è ancora tanto esteso e diffuso, che i suoi effetti accessori nocivi meritano di essere presi in speciale considerazione, specialmente quelli che non sono generalmente noti, come n'è, per es., il caso per la melanosi, e soprattutto per la cheratosi arsenicale, alle quali l'autore ha rivolto una speciale attenzione.

Benchè la melanosi arsenicale sia già nota da alcuni decenni, certo é che soltanto in questi ultimi anni essa è stata presa seriamente a disamina. Nel classico trattato del Kaposi (1891) non si fa punto mensione della melanosi arsenicale primaria. La forma più frequente e nota da più lungo tempo della melanosi arsenicale, è rappreser tata dalle chiasse brunastre (cosidette chiasse arsenicali di Devergie), che sovente appariscono durante o dopo la cura arsenicale di differenti malattie cutanee (specialmente della psoriasi), e non possono essere riguardate come una pigmentazione primaria, seb-bene come una pigmentazione nel pristino punto dell'affezione cutanea. Più rara è la melanosi arsenicale primaria, la quale ordinariamente è diffusa, ed è indipendente da una dermatosi precsistente. Cotesta forma di pigmentazione arsenicale può essere rinvenuta come unico sintoma di intossicazione (Haffter, Wehlan); ma, il più delle volte, vi sono contemporaneamente altri sintomi, come disturbi della digestione, congiuntivite, affesioni nervose, generalizzate o localizzate, di diversa specie. Ed in un certo numero di casi, la melanosi arsenicale è associata alla cheratosi volare e plantare, e talvolta anche ad altre dermatosi arsenicali (eritemi, soster ed altre affezioni vescicolose è pustolose).

Si è veduto apparire questa melanosi così negli avvelenamenti arsenicali piuttosto accidentali, acuti e cronici, come durante l'uso delle dosi terapiche di questo farmaco. More ir a riferisce alcuni casi, in cui, un pajo di settimane dopo un avvelenamento acuto, oltre a differenti

sintomi (in parte gravi) degli organi digerenti, del sistema nervoso e della cute, si sviluppò una pigmentasione brunastra diffusa della cute. Nella grande epidemia di avvelenamento arsenicale, avvenuto a Hyères, descritta da Barthèlem y, e prodotta da un commerciante di vino, che per inavvertensa versò una soluzione di arsenico nelle botti, onde furono avvelenate 450 persone, si ebbero svariatissimi sintomi nel maggior numero dei casi, specialmente una pigmensione brunastra, fin nera della cute.

Vi è già una casistica aboastanza numerosa circa le pigmentazioni arsenicali, che insorgono durante la cura dell'arsenico, eseguita contro syariate malattie esterne ed interne. L'età ed il sesso pare non esercitino alcuna influenza sopra queste dermatosi. In fondo, a quanto pare, trattasi sopratutto di una disposizione individuale (la cui intima natura ci è completamente ignota), la quale nei singoli individui si manifesta dopo una differente durata della cura arsenicale. Il più delle volte la pigmentazione insorge dopo ch'è stato fatto uso del medicament) per alcuni mesi nelle ordinarie dosi gradatamente progressive. In altri casi, in vece, la dermatosi arsenicale apparisce dopo una cura di alcune settimane (Müller, Schlesinger, Owen, ecc.); in altri casi, dopo aver fatto uso dell'arsenico per molti anni (Mathieus).

Poiche l'arsenico non molto di rado provoca eritemi della pelle, non é punto strano che questi talvolta precedano la pigmentazione (Moreira, Cheadle), e si manifestino contemporanea mente ad essa (Morrow, Barthelemy). Gowers, il quale descrive l'inizio della melanosi arsenicale in forma di piccole chiazze rotonde, menziona una simultanea comparsa di corrispondenti chiasse eczematose, e quindi suppone che la pigmentazione si inisi con una congestione. Però, a giudicare dalle osservazioni cliniche finora esistenti, questo fatto non sarebbe molto frequente; pare che la melanosi ar-senicale possa svilupparsi in diverso modo. Lo stesso Gowers afferma di avere osservato, che le piccole chiasse pigmentarie rotonde si ingrossano e confluiscono, lasciando intatte soltanto piccole sone cutanee. Tuttavia, per lo più essa insorge in forma di chiazze isolate, di differente grandezza e numero, le quali rimangono isolate oppure si diffondono quasi sopra tutta la superficie del corpo.

Il colore talvolta viene descritto come grigiastro-sporco, ma per solito è branastro con svariate sfumature (bronsino, rameico, ecc.), e può essere finanche parsialmente o completamente nero (Barthèle my, Mackenzie, Richardière). Del resto, la pigmentazione, sopratutto quando è molto diffusa, insorge d'ordinario cou differente intensità cromatica nelle diverse regioni della cute.

La maggior parte degli autori afferma che le mucose visibili, oppostamente a quanto si verifica nel morbo di Addison, non partecipano mai alla pigmentazione nell'avvelenamento arsenicale. Tuttavia, nel Morro w è mensionato un

2 145 h = 0 -

caso (occorso a Wilson), in cui, oltre ad una pigmentazione generalmente diffusa, si verificò pure una colorazione oscura del bulbo oculare. Inoltre, Campbell, Brown e Davis hanno riferito alcuni casi di colorazione giallastra dell'intestino, il che non sarebbe raro nell'avvelenamento arsenicale.

La durata della pigmentazione è molto variabile. D' ordinario, essa scomparisce nel corso di alcune settimane, o mesi, dopo sospesa la cura arsenicale, sopratutto se questa non si manifesti lungo tempo dopo la comparsa della pigmentazione. In alcuni casi essa è durata per anni. In un caso osservato dall'autore, in cui la melanosi era apparsa molti mesi prima che fosse stata sospesa la cura arsenicale, essa persisteva ancora immutata quindici mesi dopo la cura. Dalla casuistica, finora esistente, non si può desamere se l'età ed il sesso influiscano sulla scomparsa rapida o lenta della pigmentazione. Talvolta ciò si accompagna a leggiera desquamazione e forte prurito, il che, in uno degli infermi di Moreira, persistette un paio di mesidopo la scomparsa della pigmentazione. In alcuni infermi si è veduta recidivare la melanosi, che era scomparsa (Wyss, Sederholm, Förster), tostochè fu rîpresa, dopo un tempo più o meno lungo, la cura arsenicale.

L'esame microscopico, eseguito nei casi di melanosi arsenicale (Wyss, Müller), ha fatto rilevare il pigmento cutaneo, in forma di particelle granulose, così dentro come fuori le cellule, negli strati epiteliali più profondi. Inoltre, esso è stato riscontrato eziandio nelle lacune linfatiche dello strato papillare, e negli strati cutanei più profondi (Müller). Il colore brunastro delle unghia, constatato da Manssurow, era dovuto ad una pigmentazione di colore giallo-cedrino del margine delle cellule augueali. La differenza della intensità cromatica nelle diverse regioni della cute è stata attribuita ad una differente ricchezza di papille della medesima, ed il pigmento, depositatosi, sarebbe, secondo taluni, un prodotto di decomposizione della emoglobina. Tuttavia, la comparsa relativamente rara della pigmentazione durante la cura arsenicale, tuttochè questa sia frequentissima, ed il fatto che le mucose vanno immuni sempre, o quasi sempre, dalla pigmentazione, inducono l'autore, a ritenere, che le testè cennate spiegazioni patogenetiche non sieno molto esatte.

La diagnosi della melanosi arsenicale deve fondarsi specialmente sul fatto, che la pigmentazione si è sviluppata durante la cura medicamentosa con l'arsenico, oppure (il che avviene più di rado) per avvelenamenti pitttosto accidentali con questa sostanza. Spessissimo vi sono allora contemporaneamente altri sintomi di intossicazione arsenicale da parte della cute o di altri organi. Tuttavia, si tenga sempre presente, che la pigmentazione può costituire anche l'unico sintoma dell' intossicazione, oppure precedere, per lungo tempo, gli altri sintomi di intossicazione (Gowers).

Grande importanza diagnostico differenziale rispetto all'argirismo, in cui la pigmentazione è piuttosto grigio ardesiaca, e rispetto al morbo di A d d i s o n, è il fatto che nella melanosi arsenicale le mucose visibili non partecipano alla pigmentazione. In vece, la localizzazione ed il grado della pigmentazione delle diverse regioni cutanee non presentano dati diagnostici essenziali, perchè non mostrano alcuna costanza nella melanosi arsenicale.

Sopratutto rispetto al morbo di Addison la diagnosi può presentare qualche difficoltà; parecchi autori hanno spesso accampato l'asserzione, che forse in molti presunti casi di questa malattia trattavasi di intossicazione arsenicale, tanto più che in quest' ultima, oltre alla melanosi, possono svilupparsi altri differenti sintomi (gastrici, nervosi, ecc.), che possono essere analoghi a quelli cel morbo di Addison.

Secondo Rasch, è probabile che si sia trattato di melanosi arsenicale in quei casi di presunto morbo di Addison, nei quali all'autopsia si rinvennero i reni succenturiati ed i gangli completamente intatti. E' probabile che la pigmentazione, che qualche volta si sviluppa negli stati cachettici, nella tubercolosi, nel cancro, nella malaria, ecc., in cui sovente si fa uso dell'arsenico, sia qualche volta dovuta alla cura arsenicale, alla quale spessissimo si suole ricorrere in tali condizioni.

Dal punto di vista della prognosi ha un' importanza il fatto se la cura arsenicale sia stata proseguita lungo tempo dopo comparsa la pigmentazione, perchè in tal caso è molto più probabile, che la pigmentazione scomparisca lentamente, o rimanga perfino stasionaria.

La cura consiste naturalmente nel sospendere l'uso dell'arsenico. Sono stati raccomandati i diuretici, specialmente il joduro di potassio (Gowers), per determinare la rapida eliminazione del farmaco. Quanto alla cura locale, allo scopo di provocare una dermatite superficiale desquamante, essa non viene più adoperata, perchè, i rispettivi tentativi, finora fatti, non sono stati coronati da alcun successo.

La cheratosi volare e plantare, come sintoma di un avvelenamento arsenicale, è stata generalmente riconosciuta soltanto in questi ultimi anni. In vero, già Wilson nel 1873 affermò che l'arsenico può provocare un considerevole inspessimento dell'epidermide sulla superficie della mano e dei piedi, come per piccole produzioni cornes granulari, ciascuna corrispondente con l'orificio di un dòtto di glandule sudoripare. Ma, soltanto dopo che Hutchinson nel 1887 pubblicò parecchi lavori sopra quest'argomento, gli autori rivolsero la loro attenzione alla cheratosi arsenicale, la quale è stata ampiamente esaminata sopratutto da molti clinici inglesi e francesi.

Ordinariamente, questa cheratosi si sviluppa durante l'uso medicamentoso dell'arsenico contro svariatissime malattie, specialmente contro affozioni cutanee. Qualche volta si è trattato di un avvelènamento accidentale con la pasta arsemiale dei topi (Moreira), oppure col vino contenente arsenico (Barthèlem y). Un infermo di cheratosi (Gaucher e Barbe) subi l'intossicazione lavorando per anni col verde Schweinfurth. Al pari della melanosi arsenicale, anche la cheratosi arsenicale si sviluppa, nei diversi infermi, dopo una differente durata della cura e della quantità del farmaco consumato.

Dalla rispettiva casistica, finora esistente, risulta che la cheratosi arsenicale apparisce sempre simmetricamente, benchè talvolta sia più sviluppata ad uno anziche all'altro lato. Nella maggioranza dei casi si riscontra essa sulla vola della mano, come sulla pianta dei piedi; di rado è localizzata unicamente sulla vola della mano

o sulla pianta del pede.

Si manifesta sotto due forme: come cheratosi diffusa e come piccole e numerose produzioni cornee sparpagliate. Benchè d'ordinario essa si sviluppi lentamente, senza essere accompagnata da eritema o da fenomeni infiammatori, può in casi eccesionali, inisiarsi con questi ultimi, e de correre coi medesimi. Per solito, dopo che ha raggiunto un certo sviluppo, essa rimane quasi stazionaria. Soltanto per un piecolo numero di casi, si hanno notizie precise circa il decorso che ebbe questa cheratosi, dopo che fu sospesa la cura con l'arsenico. A quanto pare, in questi casi, la che ratosi sovente si dissipò spontaneamente, oppure con un'adatta cura locale, nello spazio di alcune settimane o mesi (Moreira, Heuss, Rasch, Sederhlom).

L'istologia e la patogenesi della cheratosi arsenicale non sono punto note. L' ipotesi, accampata dal Le win, cioè che le dermatosi arsenicali si producano in complesso per un'azione
locale diretta sulla cute, dalle cui giandule verrebbe, in certo qual modo eliminato (oltre che
per i reni, per le glandule salivari, ecc.), si accorderebbe bene con le indicazioni sullo sviluppo
di piccole cheratosi arsenicali all' orificio dei dotti
delle glandule sudoripare; e si accorderebbe altresi col fatto, che qualche volta la cheratosi è
stata preceduta da una iperidrosi locale; altri
riguardano la cheratosi arsenicale come un'affezione trofonevrotica, essendo risaputo che l'arsenico spessissimo determina affezioni nervose.

Nello stato presente delle nostre conoscenze, non ci è possibile stabilire speciali segni clinici, con i quali distinguere la cheratosi arsenicale dalle cheratosi di altra origine. Quindi, la diagnosi deve fondarsi unicamente sul fatto, che una cheratosi acquisita, che insorge simmetricam-nte, e con le cennate localizzazioni e caratteri clinici, durante una cura arsenicale o d'una intospicazione arsenicale accidentale, si accompagna spesso ad altri sintomi di intossicazione arsenicale. — Dal punto di vista della prognosi, è a notare che sospendendo la cura arsenicale, la cheratosi spesso si dissipa spontaneamente. ed altre volte scomparisce con una cura adeguata. Qualche volta si è addimostrata refrattaria a qualsiasi cura, e sembra altresi, che in vari casi essa possa costituire il punto di partenza di un epitelioma.

Quanto alla cura, può dirsi soltanto, che essa consiste anzitutto nel sospendere la cura arsenicale. Indi, si adoperano i mezzi emollienti (bagni saponati caldi, cataplasmi, guanti di cautchouk, ecc.), nonchè farmachi dotati di azione cheratolitica (empiastro salicilico saponato, preparati salicilici, resorcina, ecc.) (Monatchefte für praktische Dermathologie, Vol. XXIV, n. 8, 1897).

Me yer

RIVISTA DI CLINICA

Olinica Dermo-sifilopatica di Parigi (prof. Fournier).

Sulla cura dell' acne rosacea.

Le medicasioni proposte per la cura dell'acne rosacea, sono fondate su due concetti generali principali. Per alcuni l'acne rosacea è una semplice affesione cutanea, una dermatosi: per altri, invece, è una manifestasione sintomatica di una affezione generale. Quest' ultimo modo di considerare la malattia di cui ci occupiamo, sembra oramai il più razionale, ed è per ciò che, prima di parlare della cura locale dell'acne rosacea, ci intratterremo sulla cura generale di essa.

Da principio non si vide nell'acne rosacea che una congestione cronica della faccia, e sensa occuparsi della causa di questa congestione, non si pensò che a combatteria, o con salassi generali, o con applicazioni di ventose o sanguisughe alle regioni mastoidee, o alle tempie o all'ano.

In seguito si cominciò a comprendere che questa cura, se dava qualche buon risultato in alcuni ammalati pletorici, in altri, lungizdal migliorare le condizioni, non faceva che peggiorarle. Allora al salasso si sestituì il così detto salasso bianco, col far subire al corso della circolazione della faccia una deviazione per messo dei purganti. I purganti più convenienti sono i lassativi, sotto forma di solusione alcalina: 25 gr. di solfato di soda o di magnesia, ovvero sotto forma d'acqua minerale (Montmirail, di Janos): si possono anche adoperare le pillole di rabarbaro e di podofillina.

Col tempo però e con l'esperienza, la clinica fini per arrivare a questa constatazione che deve essere considerata come uno degli assiomi generali nella terapia in generale, cioè che il regime dietetico e l'igiene hanno una grande importanza nella cura delle malattie. Quale deve essere dunque il regime dell'acne rosacea?

Un regime troppo azotato non è conveniente; piuttosto è consigliabile quello proposto da Tenneson: tre pasti al giorno ad ore regolari: il

pasto di mezzogiorno composto di uova, legumi una tassa di lutte o di cioccolatta: la carne non è permessa che nel solo pasto della sera. Alcuni alimenti, come la selvaggina, le salsicce, i crostacei, i formaggi, devono essere esclusi, perchè favoriscono delle fermentasioni intestinali anormali e quindi una vera tossidermia. L'alcool, che basta da per sè a produrre l'acne rosacea, deve esser proibito sotto qualunque forma. Il vino sarà permesso, ma a piccole dosi e molto diluito. La migliore bevanda da consigliare nell'acne rosacea, come in molte altre affesioni, è il latte.

Biguardo alla cura igienica, si dovrà combattere la vita sedentanea, e consigliare gli esercizi ginnastici proporzionati alle forze dell' ammalato, quali l'equitazione, la bicicletta, le lunghe passeggiate. Si ricorrerà anche ai mezsi che attivano la circolazione: docce, frizioni secche, massaggio.

I messi cennati, se portano un miglioramento notevole nell'acne rosacea, non la fanno però scomparire del tutto, epperò verremo ora allo studio delle differenti indicazioni segnite secondo la causa che l'ha prodotta. Spesso le affesioni dell'apparecchio genitale, per meccanismo riflesso, provocano dei disturbi vasomotori: comi in alcune affesioni uterine, nei disturbi mestruali, si ha spesso la comparsa dell'acne rosacea. Ma è sopratutto contro i disturbi dell'apparecchio digestivo che si dovrà reagire, giacchè quasi tutti gli ammalati sono o dispepsici o affetti da costipazione abituale. Contro la dispepsia voi ordinerete del bicarbonato di soda o di magnesia se si ha da fare con un ipercloridrico, o della limonata cloridrica nel caso di ipocloridria.

La costipazione sarà combattuta coi mezzi usuali (clisteri, purgativi, regime igienico conve-

L'artritismo può anche produrre l'acne rosacea: in tal caso un regime alimentare che escluda gli alimenti troppo azotati e le bevande alcooliche, e d'altra parte la vita attiva, saranno di grande giovamento. La diatesi per sè verrà combattuta col grande rimedio di Bazin, cioè il bicarbonato di soda, o sotto forma di soluzione o sotto forma di acque minerali alcaline (Vichy, Vals, Royat).

Passiamo ora a parlare della cura topica o locale dell'acne rosacea.

pica dell'acne rosacea, possono essere classificati

le lozioni e le fomentazioni calde. Le lozioni saranno fatte con acqua molto calda, che ha per effetto di far diminuire la congestione dei tessuti, mentre che l'acqua fredda non fa che esagerare l'acne rosacea. Le fomentazioni sotto forma di compresse di cotone imbevute di acqua calda danno buoni risultati; allo stesso modo efficacemente agiscono le polverizzazioni calde, le docce di vapore caldo per 114 d'ora o una mezz'ora, ogni giorno, per la durata di parecchi

In alcuni casi si è adoperata l'occlusione, praticata per messo di strisce di sparadrappo e di taffetà jodoformissato.

Nel 2º gruppo rientrano quegli agenti che provocano alla superficie dei tegumenti un'infiammasione più o meno attiva, ma fittizia e provvisoria, la quale può vincere l'inflammazione cronica esistente: tali sono l'empiastro di Vigo, lo solfo e i selfuri, il sapone nero: però l'empiastro di Vigo non produce che dei miglioramenti. raramente la guarigione.

Piuttosto la medicasione solfurea è una delle migliori e delle più attive. Si impiega in forma di pomata (vaselina gr. 80, solfo precipitato gr. 2-8) o in forma di losioni combinate alla glicerina e all' alcool canforato, da applicarsi la sera sino all'indomani mattina.

Lo scopo della medicazione solfurea è di determinare una dermite secca di forma eczema-

Il sapone nero non deve essere impiegato che come ultima risorsa.

I processi chirurgici, quali la scarificazione . la cauterizzazione e l'elettrolisi, sono adoperati solo da pochi anni e quindi i risultati non sono ancora ben determinati.

Riassumendo, si può dire che le medicazioni locali non influiscono che sul sintoma, mentre la cura terapeutica generale vince la malattia, però richiede un tempo molto lungo e una grande perseveranza.

Mirto

Olinica medica di Bordeaux [Lichtwitz e Sabrazès] Guarigione di un gozzo tiroldeo alla vigilia dell'operazione, mercè la cura tiroldea.

Le statistiche accumulate in questi ultimi tre anni su tale argomento, sono numerose e parla-I numerosi agenti che compongono la cura to- no in favore dell'azione curativa, esercitata dalla cura tiroidea sui gossi volgari, parechimatosi. in tre gruppi principali. Nel 1º gruppo rientrano Però, malgrado il numero e la qualità dei successi ottenuti, la convinzione non si è ancora confermata in tutti. Non v'ha dubbio che in simili questioni una seria riservatezza è preferibile ad un entusiasmo troppo corrivo, ma lo scetticismo deve cedere dinanzi a fatti tanto dimostrativi come quello che noi riferiamo.

Si trattava di un litografo ventritreenne in cui l'anamnesi ereditaria è muta riguardo all'esistensa di una affesione qualunque del corpo tiroide.

Il gosso incominciò a comparire nel 1895 mentre l'infermo prestava servizio militare. Il maggiore medico che l'osservò, lo curò energicamente e incessantemente per un anno con le pennellazioni di tintura di jodo allo esterno e con dosi interne quotidiane di 2-8 gr. di joduro di potassio.

Ciò non ostante, il gosso anzi che ridursi andò sempre più ingrossandosi, fino a dare seri disturbi nella respirazione, tanto che si fece questione di un intervento chirurgico.

Esendato dal servizio militare, l'infermo ritornò a Bordeaux suo paese nativo ed ivi consultò un medico, accusando un serio disturbo respiratorio il quale si accentuava quando lavorava molto faceva uno sforzo o voleva suonare il flauto.

Ed allora il medico, temendo possibili accessi di soffocazione, consigliò l'infermo di ricorrere ad un chirurgo.

Dopo un accurato esame del gosso, il quale pendeva nella fossa giugulare, il chirurgo intervistato concluse per la necessità di una ablazione radicale.

Al momento in cui quest'uomo è venuto a domandarci consiglio, egli aveva in avanti, sulla base del collo un tumore elastico, non fluttuante, il quale colmava la fossetta del giuguio, ricopriva la trachea, la cartilagine cricoide ed anche la tiroide in parte; si estendeva per una larghessa di 6 a 7 cm. e si prolungava in alto e lateralmente a sinistra sino a 4 dita trasverse al di sopra dell'angolo mascellare. Questo tumore il quale d'avanti in dietro aveva il diametro di una grossa noce non era spostabile con i movimenti del laringe ed aveva tutti i caratteri di un gosso semplice. La parte inferiore del collo era sensibilmente alargata ed un po' protrudente allo innanzi.

All' esame laringoscopico non si notava altro che lieve spinta verso dietro della parete anteriore della trachea per opera del tumore.

I disturbi funzionali consistevano in una sensazione intermittente di costrizione e mancanza di respiro il che obbligava lo infermo ad interrompere il suo lavoro e respirare a lungo e profondamente per alcuni minuti. Questi disturbi erano provocati anche dal cammino, dal salire una scala, dal lavoro in atmosfera confinata e specialmente quando l'infermo suonava il flauto.

Tutte queste cause determinavano un passaggiero gonfiarsi del gosso e provocavano fenomeni compressivi più o meno accentuati. Al contrario non si notava voce rauca o nasale.

Non vi fu mai edema, esoftalmo, tachicardia o tremore. Il polso batteva 80 volte a minuto.

Il torace era asimmetrico congenitamente.

Nessuna stigmata di rachitide o di losioni pleuro-polmonari antiche o recenti. Visceri toracici ed addominali integri. Da parte del sistema nervoso, nulla che fosse degno di nota.

La diagnosi di gosso retrosternale con minaccia d'asfissia s'imponeva dunque a prima vista e sembrava richiedere d'urgenza l'opera del chirurgo.

Ma prima di determinarci a tanto pensammo di tentare la cura tiroidea. Questa in fatti non solo ha per effetto di supplire all'insufficiensa funsionale della tiroide ma esercita esiandio una asione elettiva su quest'organo ipertrofissato. Dalle statistiche risulta che le forme iperplastiche di gosso regrediscono nel 90 °_[0] dei casi e rapidamente quando gli infermi sono giovani; al contrario le forme cistiche non vengono per nulla modificate.

Noi stessi per propria esperienza abbiam potuto convincerci come i gossi parenchimatosi più ribelli alla cura jodica, sieno favorevolmente influenzati dall'opoterapia tiroidea.

Nel caso in parola, adunque, non bisognava esitare a tentarla; inoffensiva quando è ben condotta, essa si mostra talvolta un rimedio eroico.

Benché taluni attribuiscano al jodo contenuto nei preparati tiroidei l'efficacia dell'opoterapia tiroidea e quindi la ritengano inutile nei casi ribelli alla cura jodica, noi non possiamo parteggiare per tale opinione. Uno di noi, insieme al Cabbannes, publicò l'istoria di un individuo con gosso tale che il collo misurava un diame ro di 46 cm. La generosa somministrazione di jodici a nulla valse, benchè si tentassero tutti i preparati; ebbene, 2 mesi di cura tiroidea indussero la guarigione radicale di questo gosso voluminoso a prolungamento pre-faringeo.

Ed allora il nostro infermo fu sottoposto a tale cura. Il 1º decembre 1896 noi gli somministrammo un cucchiaino da caffè (== gr. 0,50 di polpa sana e fresca) di un estratto glicerico di tiroide di montone ed una compressa equivalente a gram

mi 0,80 di questa polpa. Questi preparati furono ingeriti a giorni alterni prima del pasto delle 12.

L'infermo non mutò per nulla di regime; solo fu sospesa ogni altra cura.

Durante i primi 5 giorni egli perdè 700 gr. in peso; il gozso divenne sede di stiramenti passaggieri, ma la respirazione divenne più agevole. L'appetito aumentò. Non si ebbe nè cefalalgia, nè diarres, nè poliuria, nè debolessa generale, nè movimento febbrile.

Dopo la prima settimana, l'esame delle urine non lasciò notare succhero od albumina. L'urea e l'acido urico delle 24 ore erano lievemente aumentati.

La respirazione era molto migliorata e l'infermo poteva di bel nuovo suonare il flauto. Ogni timore di soffocazione scomparve; le marce prolungate, i lavori faticosi, più non arrecavano alcun fastidio; nonpertanto la tiroide rimase voluminosa.

Noi abbiamo registrato, non senza sorpresa la scomparsa rapida dei disturbi subiettivi mentre il gozzo non aveva ancora subito alcuna notevole diminuzione, ma questa constatazione non e sfuggita alla sagacia di altri osservatori e specie del Bruns.

In capo a 15 giorni circa, il gozso incomincio a retrocedere e dopo 8 settimane esso era notevolmente ridotto di volume.

L'infermo aveva intanto perduto 1200 grammi in peso.

Il nostro esame all'8 gennaio 1897 ci permise di constatare la fusione (per dir così) del gozzo.

All'ispesione non si notava più nulla di anormale. La fossetta del giugulo era libera e profonda-

mente escavata; la trachea era scoperta. Al palpamento, al disotto della criccide si toccava l'istmo della ghiandola tiroidea molle, grossa quanto un mignolo.

Lateralmente si palpavano i lobi molli ridotti quasi alla norma.

I disturbi respiratori non sono più comparsi. Quest'uomo ha ripreso il suo lavoro continuo in un laboratorio poco aerato; egli può suonare più ore di seguito il flauto.

E con tusta ragione allora esso deve considerarsi come guarito.

Egli è felice di essere sfuggito all'alea, di una operazione chirurgica.

Questo caso di guarigione per così dire insperata, alla vigilia di un atto operativo, richiama tutta l'attenzione sull' utilità dell' opoterapia tiroides.

Esso è il più caratteristico di quanti ne registri la letteratura medica.

Combinando l'uso degli estratti glicerici e di quelli secchi, e facendoli ingerire alternativamente per via orale, questa cura di facilissima esecuzione si addimostrò di una efficacia immediata.

In tal maniera si somministra il corpo tiroide completo (il che equivale all'ingestione dell'organo fresco) sensa incorrere in difficoltà pratiche.

Quanto all' inefficacia della cura jodica in questo caso, ciò prova ancora una volta che, se il jodo contenuto negli estratti tiroidei costituisce il solo principio attivo, dal punto di vista terapico. bisogna necessariamente ammettere che è alla natura delle combinazioni organiche nella glandula tiroide, che esso deve quelle proprietà che non possiede nei comuni preparati farmaceutici anche somministrati a dosi infinitamente più notevoli (Le Bulletin medical, 31 gennaio 1897).

TERAPIA CHIRURGICA

Jeleguler.—Sulla cura dell'appendicite

La possibilità di una ernia addominale per distensione della cicatrice è una delle obiezioni di ordine secondario che può farsi alla appendicectomia.

Il processo adoperato dall'autore da oltre un anno, è capace di dare una cicatrice resistente.

Egli apre la guaina del grande muscolo retto addominale, che porta in dentro, e penetra nel peritoneo incidendo la parete posteriore della guaina in guisa che il muscolo, ritornando nella sua normale posizione, ricopre e sostiene la sutura del peritoneo e della guaina.

Nel punto medio dello spazio che corre tra la spina iliaca-anteriore-superiore e l'ombelico, fa una incisione di 8-10 cm., parallela al margine esterno del muscolo retto; il terzo superiore di questa incisione trovasi al disopra della linea ileo-ombelicale; i rimanenti 218 al disotto.

Giunto direttamente sulla aponevrosi del grande obliquo l'incide dall'alto in basso per tutta la lunghessa della ferita.

Le due labbra della incisione aponeyrotica vengono afferrate per mezzo di klemmers ed il labbro interno viene ravesciato al di fuori per scoprire la parte esterna della fascia anteriore del grande retto avvolto dalla sua guaina.

Il margine esterno del muscolo si riconosce facilmente con l'occhio e col tatto.

Questa guaina viene incisa per tutta l'estensione della ferita a circa 1 172 cm. in dentro del margine muscolare.

Allora la parte esterna dell'aponevrosi si scolla fino a che il margine del muscolo retto diventa

libero. Tale scollamento è facilissimo.

Liberato con una guida il margine esterno del muscolo retto, questo viene portato verso dentro ed è tenuto fermo da due uncini ottusi; rimame allora largamente scoverto il foglietto posteriore della guaina aponevrotica del muscolo retto.

Quivi si osserva un'arteriola, una venuzza ed un filetto nervoso che attraversano obliquamente il campo operatorio nella sua metà.

Viene incisa a sua volta la fascia trasversale a circa 1 172 cm. in dentro dello spigolo che esso forma riunendosi col foglietto anteriore.

Questa incisione bisogna eseguirla con molta cautela, poichè a questo livello la fascia di Coop e r è direttamente applicata contro il peritoneo sensa che sia interposto strato alcuno di tessuto cellulo-adiposo.

Guaina e peritoneo sono incisi sulla stessa linea per la lunghessa necessaria ed i margini della apertura si tengono fissati con pinse.

Occorre avere l'accorgimento di non ferire vasi epigastrici che si trovano poco discosti dall'angolo inferiore della incisione.

Essi vengono percepiti per trasparenza ascendere obliquamente da fuori in dentro tra la fascia di Cooper ed il peritoneo.

In generale cost si giunge sensa alcuna difficoltà sul cieco e sull'appendion vermiforme.

Nel caso che fosse difficile rintracciare il processo vermiforme, bisognerà farsi largo prolungando l'incisione in basso.

Ed allora si scenderà dirigento il taglio un poco in fuori della guaina del muscolo retto per svitare l'incisione dei vasi epigastrici.

E' preferibile incidere sul dito e col bisturi. L'autore ha eseguito 12 operazioni con questo processo e solo una volta gli occorse di allacciare i vasi epigastrici senza avere per altro inconveniente alcuno.

La ricostrusione della parete addominale si ottiene mercè suture a piani.

Un sopraggetto al catgut (n. 0, o 1) chiude contemporaneamente l'apertura del peritoneo e quella della fascia di Cooper.

Terminata questa prima sutura, si tolgono gli uncini che tenevano il muscolo retto tirato verso dentro ed allora questo ritorna alla sua normale posizione, situandosi dinnanzi alla prima sutura.

Con un punto in catgut si fissa il margine esterno del muscolo retto alla parte media dell'angolo diedro formato per la divergenza delle due lamine della guaina aponevrotica.

Un secondo sopragetto di catgut ravvicina allora dinanzi al ventre muscolare le due labbra dell'incisione praticata sul foglietto anteriore della guaina.

In tal modo il grande retto è riposto nella sua guaina esattamente ricostruita e le due suture si trovano separate l'una dall'altra da tutta la spessessa del ventre muscolare interposto.

Un terso sopragetto viene eseguito sull'aponevrosi del grande obliquo e questa sutura si trova melto più in fuori del piano delle altre due; ciò costivuisce un'altra condizione favorevole alla solidità della parete. La cute vien suturata con crine di Firenze. Il processo adoperato dall'autore è di facilissima esecuzione: è quasi esangue, non da l'inconveniente del divaricamento dei fasci muscolari (poichè il muscolo non viene per nulla tagliato) e poi ha massimo pregio che le sezioni dell'aponevrosi non si confrontano e che il muscolo retto impedisce con la sua presenza che la cicatrice ceda e si divarichi.

Il processo è utilissimo specialmente nei bambini i quali hanno pareti addominali cedevoli e sottili ed in quasi tutti i casi di appendicite, poichè non si può adoperare nei casi di appendicite acuta con ascesso, pei quali occorre un fognamento (La Presse mèdicale, 8 gennaio 1897).

Nacciarone

Lerenzo Bonomo.—Sulla gastre-enterestomia

In un lavoro critico sperimentale recentemente pubblicato nel «Giornale medico del R. Escroito», (n. 1, 1897), l'autore si occupa dei vari metodi di gastro-enterostomia e del miglior trattamento del grande omento.

Secondo l'autore la gastro-enterostomia anteriore è assai più facile e spedita della posteriore; essa si presta molto meno alle infesioni (peritoneali che sono inevitabili quando si opera profondamente.

Inoltre, anastomissando la parete anteriore dello stomaco col digiuno a 85-40 co. dal ligamento di Tre its, non si verificano i temuti effetti della compressione del colon trasverso e del grande omento sui due capi dell'ansa del digiuno, mentre questa può liberamente seguire i movimenti funzionali dello stomaco sensa pericolo di stiramento o di lacerazione dei punti di sutura.

Finalmente, per assicurare al neo-piloro una ampiesza sufficiente, fa d'uopo incidere lo stomaco e l'intestino nel senso del loro asse longitudinale, laddove le incisioni trasversali somo causa di stenosi inevitabili (nell'uomo non mai meno di 5 cm.).

Fermandosi poi sulla funzionalità del grande epiploon e sol se convenga asportarlo o respingerlo (a mò di D o y e n) nella retro-cavità degli epiploon, l'autore riconosce che il grande epiploon ha la proprietà di regolare i rapporti anatomici e funzionali dell'apparato digerente e quindi crede sia preferibile conservarlo nell'operare la gastro-enterostomia e non asportarlo nè respingerlo nella retro-cavità degli epiploon.

Stabilito che la gastro-enterostomia anteriore è da preferirsi, l'autore apporta alcune modifiche ai comuni metodi operativi e viene alle seguenti conclusioni:

operando la gastro-enterostomia anteriore alla Woelfler, se l'ansa del digiuno è corta, possono aversi fenomeni di compressione e strezzamento sul colon trasverso e sul grande omento; ma se invece si sceglie un'ansa del primo travto del digiuno convenientemente lungo, cioè da 85 a 40 cm., nell'uomo non si avverano i temuti disturbi per la compressione e per lo strozzamento reciproco fra celon e digiuno.

Sono pericolosi ed inutili i metodi propostida Roux, Jaboulay s Chaput, allo scopo di far cadere la bile direttamente nel capo del digiuno anastomizzato con lo stomaco, operando cice la digiunostomia laterale.

Il metodo di Doyon, oltre a sopprimere la funzione del grande omento, fissa il colon trasverso ella grande curvatura dello stomaco e toglie a questi due organi la necessaria indipendensa motoria ed aggrava lo stomaco di tutto il peso del colon, ciò che può riuscire dannoso quando l'intestino è disteso da accumuli fecall.

L'operazione, per quanto spedita, non potrà essere sempre brave, sopratutto se l'omento è vo-

L'epiploon inoltre, ricacciato nella retro-savità gastrica, può formare masse voluminose comprimenti il colon trasverso.

L' impermeabilità della nuova apertura pilorica si avvera quando si produce la ripiegatura ad angolo acuto dell'ansa del digiuno sullo stomaco, sia fissando l'intestino per una breve estensione sulla parete gastrica, sia operando alla v. Hacker, clos producendo deliberatamente la ripiegatura onde determinare una semi-obliterazione del capo afferente.

Disponendo invece l'ansa del digiuno a curva molto spiegata sullo stomaco e fiesandolo quasi iu senso orizzontale, facendo corrispondere il capo afferente all'angolo destro della nuova apertura pilorica, si evita la riplegatura, non si avverano trazioni sullo stomaco capaci di lacerare i punti di sutura e non si forma lo sperone che può restringere ed obliterare il neo-piloro. I metodi di gastro-enterostomia trans-mesocolica alla Courvoisier ed alla v. Hacker sono di esecusione difficoltosa dovendosi operare ad una maggiore profondità, espongono più facilmente alle infezioni del peritoneo e danno una maggiore mortalità.

Dal suo studio sperimentale, l'aute re ha desunto il convincimento che la gastro-enterestomia anteriore con la 1º ansa del digiuno convenjentemente lunga e bene spiegata sullo stomaco, con la sospensione della porzione mediana del grande omento alla grande curvatura gastrica e con le altre modificazioni da lui studiate all'antica operazione del Woelfer, dia migliori risultati, melto seddisfacenti anche dal punto di vista anatomico e funzionale. Nacciarone

STRUMENTI NUOVI

Un nuovo port' ago

per il dottor Arnaldo Guadagnini (Bologna)

Gli svariati modelli di port'aghi che si adoperano oggigiorno dai chirurgi, cominciando dal più semplice, che è una tanaglia sensa alcuna molla (Wilms-Selli), ai più complicati ed a quelli che meglio corrispondono al bisogno, come quelli del Fritsch, del Reiner, del Ruggi, | Collin, Hagedern, Poszi, uon lasciava-lperché complicati, e non smontabili.

no campo di fare ulteriori modificazioni utili e pratiche, senza copiare od unire in un solo istrumento movimenti tolti ad altri.

I port'aghi di Reinier e Ruggi che differiscono fra loro dalla diversità del beccuscio di presa, essendo quello del primo retto, del secondo piegato ad angele ottuso, sono certamente fra i migliori; ma a me e ad altri, sembra che loro si debbano attribuire alcune qualità non buone, che in breve cercherò di spiegare.

In primo luogo per aprire questi port'aghi, bisogua associare due movimenti che ai poco pratici riescono difficoltosi: mentre che col dito pollice si alsa il bottone che serve a mantenere chiuso il port'ago, bisogna che il palmo della mano allenti la stretta sulle due branche, affinche la molia che fa abbassare la spranghetta portante il bottone punto d'arreste, venga rilesciata, altrimenti, mantenendola, stretta, detta spranghetta tornerebbe ad abbassarsi e quindi chiudersi.

Ho visto parecchie volte, ed a chirurgi provetti, che per questo fatto è venuto di ritirare un'ago glà infisso nei tessuti, cosa noiosa ed irritante.

In secondo luogo, con questi port'aghi che si chiudono con una molla, cioè di scatto, qualche volta succede di rompere l'ago ; e ciò chiaramente si comprende, pensando che l'ago curvo viene rapidamente atretto fra due superficie piane; ora questo non sarebbe un grave difetto, se non implicasse che il costo dell'ago; ma operando in cavità come nel cavo peritoneale che oggi viene aperto da tutti, e con gran facilità, quando al chirurgo gli si rompe un ago, la cosa può assamere un aspetto grave, per il fatto che un frammento d'acciaio può andar perduto, e riuscire difficile il trovarlo se pure lo si può.

Questi due addebiti che si debbono fare ai suac-





cennati port'aghi, vengono ad acquistare proporzioni maggiori , allorché questi istrumenti so no in mano a principianti.

Come ultima cosa non buona da addebitarsi a questi port'aghi è la non facile sterilistasions

٠.,

Ora, pensando a queste cose ho creduto di trovare un modello nuovo che parmi corrisponda bene a ciò che'si dave richiedere da tale istrumento.

Il mio port'ago si compone di tre pessi facilcilmente smontabili: due branche, ed una molla. Le due branche si uniscono per messo dell'articolazione I etter, che a mio vedere è la più pratica ed elegante, la mollaj si fissa col chiodo francese.

L'istrumento è articolato in guisa che, montato, resta chiuso automaticamente, quindi per aprirlo e frammettere l'ago, basta premera sulle due branche e così si aprirà il beccuccio di presa: posto l'ago ed allentata la stretta, il port'sgo è pronto.

Ora ecco i vantaggi che credo ottenere con questo nuovo sistema.

Manualità resa facilissima, perchè stringendo solamente il port'ago si apre.

Resa impossibile la rottura dell'ago, perché la chiusura non viene a scatto.

Il tempo che occorre per le lunghe suture abbreviato di molto.

Sterilizzazione resa facilissima, perchè l'istrumento è composto di soli tre pezzi lisci, e smontabili.

Oredo che di obbiezioni non possa venirmi fatta che questa; cicè che i chirurgi abituati agli altri port'aghi che per chiuderli occorre stringere, possa accadere nell' infiggere gli aghi nei tessuti, di premere sulle branche, e così allentarela presa sull'ago.

Oppongo facilmente che si potrà vincere presto questo movimento involontario, pensando che per infiggere l'ago, non occorre stringere le branche del port'ago, ma bensi far pressione sull'istrumento nel senso dell'asse longitudinale dell'ago. In quanto ai principianti, non accadrà questo, perche non visiati per la manualità di altri port'aghi.

Da parecchi chirurgi mi è stato consigliato di rendere di pubblica ragione questo nuovo istrumento.

OPOTERAPIA

Sull'Influenza della tireidina sul ricambie materiale

Glusinskie Lemberger pensarono nelle loro esperiense:

1) di introdurre nell'organismo per mezzo della nutrizione una quantità sufficiente di calorie:

2) di amministrare la tiroidina per lungo tempo;

8) di paragonare l'influenza dei preparati di tiroidina con quella della tiroide frescs.

Essi sperimentarono su un individuo, dell' età di 28 anni, pesante 65 kg. La durata dello esperimento fu di 27 giorni. Nei primi 7 giorni ricercarono il ricambio materiale dell' azoto in condisioni normali; negli altri 7 giorni seguenti somministrarono pastiglie di tiroide preparate da E. Heller, negli ulteriori 6 giorni sospesero la somministrazione delle pastiglie; negli altri 4 giorni prese l'individuo della tiroide di vitello fre-

sca in pillole, e gli ultimi tre giorni costituirono il periodo di chiusura.

Gli alimenti venivano sempre esaminati riguardo al loro contenuto in acqua, in ossigeno, in idrati di carbonio, in grasso, ecc. Gli si somministravano in media giornalmente 20 gr. di assoto, 120 gr. di albumina, 82 gr. di grasso assimilabile, 256 gr. di idrati di carbonio e 2288 gr. di acqua tra birra, latte e thè.

L'intero valore combustibile di questa nutrisione rappresentava 2488 calorie, cioè per giorno e per ogni kg. in peso del corpo 87,5 calorie.

Gli autori esaminavano anche l'urina e le fecce coi metodi comuni. L'azoto veniva determinato col metodo di Kjeldahl; gli idrati di carbonio nella pentola di Soxhlet, ed i grassi venivano estratti coll'apparecchio di estrazione di Soxhlet.

E' da notare, che l'individuo, su cui furono istituite le ricerche, soffri nei primi giorni di diarrea, di cui gli autori attribuirono la causa alla grande quantità di latte da lui consumata e che egli non sopportava bene.

Gli autori osservarono:

 che l'assorbimento delle sostanze albuminoidi fu buono;

 la sostanza della tiroide non esercitava sotto questo rapporto sicuna influenza;

8) l'assorbimento fu influenzato di poco nei primi giorni dalla diarrea, ma rimase poi nei confini normali.

Nel 2º periodo (primo periodo di ricerche), in cui furono somministrate le pastiglie di tiroidina, ottennero gli autori, un bilancio d'asoto di + 0,52 N, ed il peso pel corpo era disceso di 400 gr.; in guisa che non si potea mettere in dubbio l'influenza della tiroidina sui corpi asotati.

Nel 3° periodo, in oui fu sospesa la somministrazione della tiroidina il bilancio in asoto fu di +2,1 N ed il peso del corpo aumentò di 200 gr.

Nel 1º periodo, in cui gli autori diedero all'individuo, soggetto delle loro ricerche, tiroide cruda, ebbero essi una diminusione del peso del corpo di 600 gr. e, ciò che è importante, ottennero un bilancio negativo di N, cicè 1,48 di N per giorno. Questa diminusione del peso del corpo continuò nell' ultimo periodo di tre giorni, in cui fu sospesa la somministrasione della tiroide in gostanza.

Gli autori vengono quindi alle seguenti conclusioni generali: nell'uomo sano la somministrazione delle pastiglie di tiroidina produce in 7 giorni una diminuizione in peso di 400 gr. conservandosi positivo il bilancio dell' N. Il bilancio in N diminuizio però giornalmente sino a diveuire quasi negativo, e questa azione ascrivono gli autori a danni subiti dalla tiroide nella preparazione delle pastiglie, perchè la tiroide fresca ha azione assai più energica e causa pronta diminuzione in peso del corpo ed in questo processo di sfacelo prendono parte anche i corpi albuminoidi (Centralbi. f. innere Med., n. 14, 1897).

NOTE TERAPEUTICHE

Nuovi rimedi contro l'amenorrea e la dismenorrea

Non ha guari Heim, Dalché, Bardet e Bolognesi, e più recentemente Sigant (Thèse de Paris, 1896), si sono occupati dell'azione emmenagoga del senecio vulgaris e del senecio Iacobaca, cui la medicina popolare attribuiva virtù abortive e anche emollienti, nonché efficacia nelle malattie epatiche.

Da queste droghe indigene si sono estratti degli oli essenziali, delle resine, degli acidi e due alcaloidi, la senecionina e la senecina, isolati da Grandval e Lajoux e che secondo Lutz si troverebbero soltanto nella parte sotterranea

della pianta.

Gli alcaloidi anzidetti non sono stati finora applicati in terapia, ma il loro studio biologico ha dimostrato che godono di azione frenatrice del cuore e diminuiscono l'eccitabilità dei nervi motori, lasciando integra quella dei muscoli. Ad ogni modo occorrono altri studi per stabilire le applicazioni che potrebbero farsi in medicina umana.

I preparati, quindi, che attualmente sono stati adoperati sono: la tintura alcoolica di senecio (ad 1[10), che si somministra da 5-8 gr. al giorno e persino a 15-80 gr.; l'estratto secco, in dose di centigr. 25 per ogni bolo e sino a 10 boli al giorno per sei-dieci giorni di seguito; l'estratto fluido delle parti aeree, in dose di 20-30 e non mai più di 80 gocce al giorno, e infine lo estratto fluido delle parti sotterranee in dose di 20 e non più di 60 gocce al giorno.

La durata della cura non deve oltrepassare ordinariamente i 10 giorni ed è bene che la somministrazione s' inizi poco tempo prima, ovvero

al momento della comparsa delle regole.

Il senecio vulgaris e lacobasa non può confondersi col senecio canicida che è tossico ed è

pianta esotica originaria del Messico.

Il Laborde, ritenendo che le opinioni non sono concordi intorno ai principi attivi ed alla efficacia del cardoncello, ha creduto utile di ripetere le ricerche da lui fatte qualche anno fa intorno ai semi di preszemolo, la cui asione emmenagoga non può mettersi in dubbio, dopo i lavori in proposito di Siredey, Bouchardat e Dujardin-Beaumetz.

Le proprietà eccitanti del prezzemolo appartengono, scrive il Laborde (*La Tribune med.* 8 febbraio 1897), specialmente ai semi che con-

tengono i seguenti corpi:

1º una canfora, canfora del preszemolo od apiclo vero, che è una sostanza solida, cristallizsata in aghi fini, che fonde a 80° C e bolle a 800° C. Essa è insolubile nell'acqua e solubile nell'alcool e nell'etere;

2º un glusoside, l'apiina;

8° un olio essenziale, essenza di prezzemolo, composta a sua volta da parecchie sostanze: è un corpo ossigenato cristallizzabile, in soluzione in un terpene, dotato di forte odore di prezzemolo e di debole densità. Bolle a 160° C;

4º un corpo non ben definito, che si trova in commercio sotto forma di un liquido di colore e di densità diversi e che ha proprietà emmenagoghe differenti, secondo la provenienza e il modo onde si ottiene.

Chapoteaut ha potuto intanto estrarre dai semi di preszemolo un prodotto, di composizione e di efficacia costante e sempre iden-

tico a sè stesso.

Egli, dopo aver trattato i semi con un adatto solvente, sottopone il prodotto ottenuto ad una serie di distillazioni che gli danno un liquido color acajou, di consistenza quasi sciropposa, di densità 1,115 e che bolle, sotto la pressione atmosferica, a 275° C. ed ha forte odore di prezzemolo.

Come si vede, si tratta di una nuova sostanza, differente dall' apiolo, ch' è solido e bolle a 300° differente anche dall'essenza di prezzemolo che

bolle a 160° C.

Questa nuova sostanza, cui Chapote a ut ha dato il nome di apiolina, è il vero principio attivo del prezzemolo ed ha un'azione elettiva sul centro genito-spinale, la quale si appalesa con fenomeni di congestione vascolare insieme con eccitazione delle fibre muscolari lisce, specie dell' utero, onde la sua applicazione in alcuni casi di atonia genito-spinale e più peculiarmente nella dismenorrea e nall'amenorrea.

L'apiolina nei disordini mestruali anzidetti, quasi sempre di origine secondaria, somministrata convenientemente e con un regime adatto al caso, dà sempre ottimi risultati, anche se la malattia

dura da lungo tempo.

Ma è sopra tutto come regolatore della mestruazione che l'apiolina riesos molto efficase. In due casi l'apiolina somministrata alla dose di 2 a 8 capsale nelle 24 ore, alcuni giorni prima dell'epoca probabile delle regole e continuata pei due tre giorni che seguono la loro comparrsa, ha per effetto di regolare la funzione in modo stabile, se la cura si ripete ad ogni nuova ricorrenza per parecchi mesi di seguito.

L'apiolina è efficacissima anche a calmare i dolori della dismenorrea e il Labor de, dopo aver citato un caso in conferma, conchiude che secondo lui attualmente l'apiolina sia il migliore e più sicuro emmenagogo, riunendo le due più importanti qualità che deve avere un rimedio siffatto e cioè: innocuità assoluta e azione sempre identica e sicura, sia che si voglia usarla per regolare la mestruazione, sia per calmarne i dolori, talora vivi, ch'essa arreca.

Webster. — Un caso di avvelenamento per antipirina

Una giovane di 19 anni, anemica, ma già in via di guarigione, si presentò una mattina all'autore, per shiedergli un rimedio contro una forte cefalea, che da qualche giorno la molestava. Egli le prescrisse venticinque centigrammi d'antipirina, trentacinque centigrammi di brosnuro di potassio, e tre grammi di spirito d'ammoniaca composto, in trenta grammi d'acqua: da prendersi in una volta. Poco dopo, l'autore

fu chiamato in tutta fretta presso l'inferma la cizio fisico gli infermi si sottomettono di buon quale circa dieci minuti dopo aver trangugiato il medicamento, fu colta da intensi brividi e da gravissima dispnea.

Il viso era fortemente tumefatto: il corpo si copri prontamente di macchie rosse e di pomfi simili a quelli dell'orticaria. Il polso discese a 60, e presentava molte intermittense. La lingua era molto secca. Le labbra erano livide, la pelle cianotica.

Malgrado le cure prodigate all'inferma (eccitanti alcoolici, calore, stricnina e digitale), i brividi non cessarano che dopo tre ore, e la disones si mantenne gravissima per altre cinque ora circa. Il giorno appresso, l'inferma era pressochè guarita, ma l'eruzione cutanea non scomparve intieramente che circa 80 ore dopo il suo apparire.

Questo caso è specialmente notevole per la rapidità con la quale si mostrarono i sintomi tossici, per la loro gravessa, e per la tenuità della dose di antipirina, che li provocò (The Lancet, 80 gennaio 1897). Loddo

La bisiciette sella cura della scollesi

Nel secondo periodo della comune scoliosi, in cui si ha la convessità dorsale a destra e la lombare a sinistra, riscontriamo ordinariamente questi tre sintomi importanti:

1. La colonna vertebrale è accorciata;

2. La spina è totalmente spostata a destra; B. Oltre l'angolare deformità delle coste, la spina è contorta lungo il suo asse longitudinale, in modo che la metà destra del torace sta con-

siderevolmente più in avanti della sinistra.

Se i nostri sforzi terapeutici, adunque, sono capaci di correggere questi tre punti cardinali, o, meglio, se possiamo trasformare la curvatura scoliotica nell'altra opposta, mentre che le leggi di statica esercitano la loro influenza sulle vertebre nel senso contrario e se, finalmente, possiamo mantenere la colonna vertebrale, per un tempo piuttosto lungo, nella corretta posizione, allora siamo sicuri di ottenere degli splendidi risultati nella cura di tale deformità.

Un altro còmpito infine ci rimane, quello di fare bene sviluppare i muscoli, che debbono tenere la colonna nella nuova posizione.

In America si è pensato, recentemente, di applicare per tale scoro anche la bicicletta.

Si muove ordinariamente l'accusa a questo bissarro ed igienico apparecchio di fare curvare la colonna vertebrale, dando luogo a quella deviazione detta cifosi; ora si è tratto profitto da questo fatto, per produrre delle deviazioni in senso opposto nelle scoliosi.

Per far ciò è necessario che uno dei due manubri sia più basso e precisamente dal lato in cui

esiste la convessità principale.

E' facile comprendere la grande superiorità che presenta questo uso, su tutti gli apparecchi ortopedici ; prima di tutto la spesa è molto mi**nore, specialmente per chi è provvisto di una bi**cicletta comune, secondariamente, a questo eser-

Igrado, meglio di qualunque altra noiosa ginnastica, ed infine si ha uno sviluppo muscolare pronto e serio.

Speriamo quindi che anche da noi tale metodo di cura vanga presto adottato, in modo che i poveri infermi trovino in un divertente esercizio il miglior messo terapentico per liberarsi dalle loro deformit**à (** *Il Morgagni***, 9 gennaio 1897).**

FORMULARIO

L'use ipedermico del jodati

I jodati sono sali che si ottengono combinando l'a. cido jodico con i diversi metalli o con gli alcaloidi. Secondo B u h e m a n n essi sono molto attivi e quindi riescono efficaci in molte malattie.

Tranne il jodato di argento, tutti gli altri jodati sono solubili nell'acqua e per ciò possono usarsi benissimo per inissioni ipodermiche.

Diamo qui appresso alcune formule usate dall' autore su citato, facendole precedere dai caratteri e proprietà di ciascuno di detti rimedi.

Jodate di ossido di mercurio

È poco solubile e bisogna per ottenere la solubilità aggiungervi del joduro potassico.

L'iniezione è poco dolorosa.

É facilmente assorbito e non induce né salivazione, nà stomatite.

Si adopera come antisifilitico nella dose di 1 ctgr: ogni due giorni e nell'adulto.

Acqua distillata	gr.	10
Jodato di ossido di mercurio	otgr.	10
Joduro di potassio	•	8

Jodato di litina

È abb-stanza solubile nell'acqua e si adopera nello adulto alla doss di 10 centigrammi al giorno contro la diatesi urica, la colica nefritica:

Jodato di litina	[ctgr.	50
Acqua distillata	>	10

Da iniettarne due centimetri cubici al giorno.

Jedato di sodie

Molto solubile nell'acqua. Si usa come risolvente nelle adeniti tubercolari e contro le nevralgie el il reumatismo muscolare eronico. L'iniezione è ban tollerata, ma si hanno facilmente fenomeni di jodismo, Le dosi per l'adulto sono di 10-20 centigr., pei fanciulli da 4 a 15 anni da 5 a 10 ctgr. al giorno.

Jodato di sodioctgr.50Acqua distillatagr.10

Da 1 a 4 cc. al giorno.

Jedato di strienina

È solubile nell'acqua e si usa come tonico del sistema nervoso alla dose di 2 a 6 milligr. nell'adulto:

Jodato di strienina	otgr.	2
Acqua distillata	gr.	10

Da la 8 cc. al giorno.

Pel catarre gastrice subacuto

Nitrato d'argento	ctgr.	10-2 0
Acqua distillata	gr.	100
Glicerina pura	>	4
dà in bottiglina oscura		
De 1 e 8 anachiei el mettino e d	iginno.	

Contro l'erisipeia

Guaiacolo assoluto	gooce	10
Olio di mandorle dolci	gr.	6

Per pennellazioni sulla regione erisipelatosa che si ricopre dopo con guttaperca.

Nelle lesioni tubercolari ossee ed articolar.

Guaiacolo assoluto Tintura di jodo) ana	gr.	10
Glicerina pura	,	er.	20

Per pennellazioni, due volte al giorno, sulla parte malata ricoprendola dopo con garza e guttaperca.

NOTIZIE

Per prevenire la pellagra

La R. Società italiana d'Igiene di Milano votò il seguente ordine del giorno:

« La R. Società italiana d'Igiene, convinta che l'uso esclusivo del mais nell'alimentazione dei contadini sia la principale causa della pellagra, fa voti:

1º che per mezzo dell'azione educatrice dei medici, dei maestri, dei sacerdoti, degli amministratori comunali e provinciali, venga istruita la benemerita classe dei contadini sulla utilità di sostituire alla ordinaria loro alimentazione col gran turco, quella con altro cereale e specialmente col frumento;

2º che il Governo, le provincie, i comuni, favoriscano le istituzioni di forni cooperativi sociali e la serveglianza nelle campagne, tutte le misure igieniche dalle quali si possa ottenere la profilazzi pubblica della pellagra ».

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE MEDICO CHIRURGICHE

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera.

Scadenza 28 febbraio.

PROVINCIA DI ANCONA

COMUNE DI FABRIANO

Avviso di Concorso

A tutto il corrente mese è aperto il concorso al posto di medico chirurgo egual primario di città.

Gli aspiranti dovranno, non più tardi del tempo suddetto, rimettere a quest' ufficio le loro istanze in carta da bollo, corredate dei seguenti documenti o in originale o in copia autentica:

le fede di nascita

2º stato di famiglia

8º certificato penale

4º id. di buona condotta da rilasciarsi dal Sindaco dell'attuale domicilio del concorrente

5º certificato di sana fisica costituzione

6º diploma di laura e di libero esercisio tanto in medicina che in chirurgia.

I documenti indicati ai numeri 2, 8, 4, 5 dovranno essere di data recente.

L'annuo stipendio, netto da ricchessa mobile e pagabile in dodicesimi al 15 di ogni mese, è di lira 8000 ripartite come appresso: lire 2000 per la cura dei poveri, lire 1000 per il resto della popolazione.

Gli obblighi risultano da apposito capitolato ostensibile in questa segreteria comunale.

L'eletto dovrà, non più tardi di giorni 10 dalla partecipazione della nomina, dichiarare se accetta, e nel caso affermativo, assumere entro 20 giorni l'esercizio, in difetto di che, trascorsi i detti termini, si riterrà rinunciatario.

Dalla residenza comunale, addi 5 febbraio 1897.

Il Sindaco ff.

V. Fabi

Sommano. — 1. Riviste sintetiche. Sui vantaggi della febbre. — 2. Lavori originali. Ospedale dei Pellegrini in Napoli. Lamnectomia della quarta cervicale per lesione violenta, pel dott. G. Sorge. — 8 Società scientifiche. — 4. Rivista di Clinica. Clinica medica della R. Univ. di Gonova (prof. Maragliano). La diagnosi diretta dell'ernia diaframmatica. — 5. Rassegna della stampa. —Patologia e Clinica medica. — 6. Diagnostica medica. — 7. Terapia chirurgica — 8. Notisie.

RIVISTE SINTETICHE

Sul vantaggi della febbre

Non esiste nella patologia un tema, che sia sempre attuale, quale quello del valore della feb bre nel decorso delle malattie infettive, cioè se essa tornasse o no a beneficio degli ammalati.

I medici che furono, educati in un tempo, in cui nella patologia era assioma, che l'elevata temporatura agisse danneggiando l'organismo degli ammalati, danno di piglio presto agli antipiretici chimici; oggi invece s'insegna, che la febbre è giovevole all'ammalato.

Una tale questione teoretica, ha come ben si può

immaginare, le sue pratiche conseguenze.

Anzitutto bisogna vedere quale valore sia da attribuirsi alle osservazioni sinora fatte.

Si sa che le malattie infettive accompagnate da febbre elevata, causano la morte degli ammalati, i quali muoiono anche quando la febbre è debole od anche mancante.

Alcuni asseverano, che il grado di calore col quale si sviluppa un processo infettivo, è indifferente per la vita dell'ammalato, altri invece hanno una opinione contraria. Tra i primi è da annoverare Un verricht, che attribuisce alla elevata temperatura una vix medicatrix, con la quale l'organismo possiede un'arma contro i danni, che agiscono su esso.

I microbt, secondo Pfltger, accendono il rogo, che deve bruciarli, e così l'organismo affetto viene liberato. Ma se i microrganismi accendono veramente il fuoco, che deve distruggerli, scompare pure ogni loro azione postuma, finiscono i processi, che essi hanno iniziato?

Non maneano di quelli, che tentano di dare una dimostrazione convincente dei benefici apportati dalla febbre. Essi dicono: molti batteri non si sviluppano bene, quando la temperatura del loro ambiente superi i 87°C, e poiche i danni che subisce l'organismo, stanno in rapporto diretto con la forsa vitale dei suoi aggressori, così è giusto ammettere, che quanto più elevata è la temperatura, tanto più fausta è la prognosi.

Ma la cosa sta tutto al contrario e dalla constatazione di un fatto non bisogna creare una anticipatio come si esprime il prof. Murri (Wiener klinische Rundschau, Il gennaio 1897) in un suo recente lavoro.

In tali casi bisognerebbe trarre la conclusione

che fosse razionale adoperare dei mezzi, atti ad elevare ancora di più la temperatura dei febbricitanti, e così esporre uno pneumonico alla temperatura di 42º per 24 ore, coprendolo bene con coperte di lana per ottenere la crisi in meno di 24 ore.

Questo metodo è stato da taluni infatti tentato con esito insoddisfacente; solo sperimentalmente si sono avuti differenti decorsi della infezione con lo pneumococco di Fraenkel, il quale, nei conigli riscaldati a 41°C., cagiona danni minori che negli stessi animali a temperatura normale (Lo ewy e Richter). Questi autori praticavano la iniezione nel cervello e quindi non era da ammettere che soltanto la temperatura elevata fosse causa del diverso decorrere della infezione, ma che vi avesse contribuito anche l'atto operative tanto sul ricambio materiale, quanto sui processi nel sistema nervoso. Walter ha anche osservato, che quando si riscalda l'animale immediatamente dopo fatta la iniezione, allora l'infezione decorre più lenta, ma non più benigna. Inoltre, nella stessa pneumonite, si notano le inva-sioni ulteriori dello pneumococco di Fraenkel, precisamente, quando hanno luogo le temperature più elevate.

Questo fatto venne osservato da Filehne, il quale inoculò il cocco dell'erisipela ai conigli, di cui alcuni lasciò alla temperatura ordinaria, .ltri pose in un termostato a 87°, ed altri, intine, in una camera a temperatura poco superiore a 0°. La erisipela si sviluppo rapidamente e rimase limitata all'orecchio negli animali riscaldati, più lentamente e più estesamente in quelli trovantisi nella loro normale temperatura e sembrò mancare lo sviluppo in quelli raffreddati, nei quali ultimi si ebbe la malattia, quando furono portati in uno ambiente alla temperatura ordinaria. Kast e Un veri cht si valgono delle suddette ricerche per assegnare alla febbre un gran valore.

gran valore.

Le ricerche di Filehne riflettono però un processo circoscritto, limitato all'orecchio e che non colpisce tutto l'organismo ed esse mostrano tutto al più che il calore è un eccellente mezzo antiflogistico locale, ma non che il riscaldamento di tretto il corpo procuri difesa contro i danni

di una erisipela di già sviluppatasi.

Più adatte a dimostrare il valore della febbre
per l'intiero organismo sembrano le esperienze
di Rovighi e Chemisse. Rovighi ino-

culò a conigli la saliva e vide, che la setticemia e la morte si ebbero più presto negli animali raffreddati in confronto di quelli lasciati liberi. Per spiegare questo fatto, bisogna ricordare che Sapalsky, Naunyn, Bubczansky e Murri aveano di già provato, che un animale infettato perde subito la capacità di regolare la propria temperatura, in guisa che esso si raffredda rimanendo in un ambiente, in cui un animale sano, della stessa specie ed età, conserva inalterata la sua temperatura. E' quindi logico ammettere, che un coniglio infettato, posto in ambiente freddo, debba subire un considerevole

raffreddamento della temperatura del corpo, e le ricerche di Rovighi mostrano, per l'appunto, che un forte raffreddamento agisce in modo nocivo.

Le esperienze di Chemisse non sono nemmeno persuasive. Egli inoculava lo stafilococco e poi spennellava la pelle degli animali con guajacolo; questi morivano più presto degli altri animali e cui s'era fatta la sola inoculazione. La causa della morte era, secondo l'autore, l'abbassamento della temperatura. Ma Sanar elli e Kast hanno dimostrato, che il raffreddamento provoca la morte dell'animale infettato con bacillo del tifo, mentre il riscaldamento ne prolunga la vita. Gli animali muoiono quando la temperatura del loro corpo scende sotto a quella normale. Quando si assevera, che l'innalzarsi della temperatura del corpo sopra la normale rappreserta per l'animale un beneficio, allora è tutt'altro, quando si d'mostra, che questa ascensione non è così svantaggiosa come un forte abbassamento sotto al normale.

Un verricht trae la seguente conclusione: mediante la febbre (e mediante la leucocitosi) dispone l'organismo di mezzi che possono servire di difesa contro le infezioni, e la produzione artificiale della febbre, cioè l'aumento di calore può forse trovare il suo impiego nella terapia scientifica.

Murri abbatte l'opinione di Un verricht, che ha una base formatasi sul materiale di laboratorio, e non sulla clinica, la quale sembra piuttosto, che ci additi lo svantaggio dell'elevata temperatura ed il bere che si procura ai pazienti, con la somministrazione di rimedi atti ad abbassare la elevata temperatura, specialmente quando questa fosse assai elevata o si mantenesse eccessiva per lungo tempo. Questa influensa benefica non sembra a molti di essere fondata. Si sono posti dei conigli in ambienti riscaldati in cui essi hanno potuto vivere per 13 giorni, e si è corcluso, che il riscaldamento del corpo non è dannoso; però alcuni conigli vi morivano presto, il che provava, che l'elevata temperatura può essere anche nociva, e lo è realmente, quando si pensi alla degenerazione a cui essa dà luogo nel cuore, nel fegato, nei reni ecc. (Litten, Ziegler). Si può soltanto dire in riguardo alle ricerche ora menzionate, che in generale, l'elevata temperatura non è dannosa al coniglio sano.

Il grande errore contro la logica sta in ciò, che l'osservazione fatta sul coniglio si è trasportata all'uomo, quella fatta sul sano si è riferita all'ammalato; e la osservazione riguardo ai 18 giorni si è riferita a malattie, che hanno la durata di tre e più settimane. Quantunque le dette esperienze avessero mostrato che il riscaldamento non è p r sè stesso atto ad uccidero, non è da concludere da ciò che esso sia del tutto innocente nei processi infettivi. Come è noto, vi sono delle cause, che divengono soltanto attive quando esse agiscano simultaneamente, ed allora è logico il dedurre, che alcune infezioni arrecano tali danni all'organismo, che per essi l'asione del

riscaldamento diviene nociva quantunque questo non fosse per sè capace di indurre la morte. Infatti i tifosi possono morire in seguito a perforazione dell'intestino, a degenerazione del miocardio, a pneumonite ipostatica, ad essurimento, condizioni che vengono aggravate dall'elevata temperatura del corpo.

Ma la risolusione di questa questione, bisogna che sia fatta sulla base delle manifesta sioni cliniche. Sono i casi di morte nei tifosi frequenti, quando la temperatura del corpo è elevata, od al

contrario sono minori?

Fraentzel constatò maggiore mortalità nei tifosi con temperatura assai bassa, ma si trattava di individui deboli e denutriti. L. Silvagni ha nella Clinica del prof. Murri osservato, che quanto più elevata era la temperatura dei tifosi, tanto maggiore era il numero dei casi di morte, e quando si abbassava la temperatura, diminuiva anche la mortalità. Con cato adoperava nei tifosi una debole cura antipiretica ed avea una mortalità del 20,48 %, mentre Murri, che diresse la Clinica di Bologna dopo Concato, servendosi della antipir-si, ha avuto una mortalità del 10,46 % negli ammalati di tifo. La differenza considerevole nella mortalità avuta da Concato e da Murri non è da addebitarsi a migliorie tatte nei locali della Clinica, i quali sono stati cempre nelle stesse condizioni. Inoltre nell'ultimo decennio l'ospedale civile di Bologna ha ottenuto col metodo antipiretico una statistica favorevole, cioè una mortalità dell'11,45°le, ed i locali sono rimasti gli stessi, soltanto si sono mutate le vedute dei medici.

Questa differensa avuta nella mortalità senza e con l'impiego degli antipiretici, deve essera soltanto riferita al diverso metodo di cura. Tra gli antipiretici Murri ha avuto da lodarsi dei bagni freddi, i quali causano nei tifosi una mortalità minore (8,6°[0]) di quella che si ha adoperando soltanto gli antipiretici chimici (12,03°[0]).

La clinica insegna in tal modo che nella febbre tifoide l'elevata temperatura e la grandezza del pericolo non sono semplici effetti dell'infezione, ma piuttosto il pericolo è in parte anche una conseguenza dell'elevata temperatura. La febbre non si è dimostrata sinora utile in alcuna delle infezioni, che uccidono l'uomo.

Scagliosi

LAVORI ORIGINALI

OSPHDALE DEI PELLEGERI IN NAPOLI. — LAMNECTO-MIA DELLA QUARTA CERVICALE PER LESIO-NE VIOLENTA, pel dott. G. Sobge.

Dall' epoca del listerismo fino al 1885, la chirurgia della colonna vertebrale e del midollo spinale non si mantenuta, nel progredire, di pari passo con la chirurgia addominale, renale ed anche con la chirurgia cerebrale. E' soltanto in quest'ultimo decennio ch' essa ha incominciato a prendere un certo sviluppo per opera principalmente dei chirurgi inglesi ed americani come Macwen, Horseley, Lloyd, Thornburn, ecc. ecc.

Malgrado così ammirevoli ed intelligenti sforzi dobbiamo confessare che questa branca della chirurgia, che si riferisce alla teca vertebrale ed al suo contenuto, così irta di difficoltà dal lato diagnostico e da quello delle indicazioni o perative, è, si può dire, ancora bambina. Ritengo per ciò che qualsivoglia più modesto contributo non debba essere sottratto all' attenzione degli studiosi. E se per poco un caso clinico oltre questo interesse generale, in quanto si riferisce alla chirurgia della colonna vertebrale e del midollo, presenta anche un interesse speciale per giustificato errore diagnostico, per rarità di reperto anatomo-patologico, merita a mille doppi di essere reso di pubblica ragione.

Conscio adunque dei doveri che mi vengono dal caso occorsomi, or sono alcuni mesi, nell'ospedale dei Pellegrini, eccomi a descriverlo. Farò prima una esposizione affatto obiettiva; indifarò seguire alcune mie considerazioni.

Perrotta Salvatore, di anni 46, da Succivo, presso Caserta, il mattino del 3 ottobre corrente, era in campagna sopra un'alta scala, intento a cogliere dell'uva. Rottosi l'appoggio della scala, questa cadde in avanti ed egli cadde riverso indietro, dall' altessa di cinque o sei metri. Il capo quasi confitto nel molle terreno fece da punto fisso su cui il tronco e gli arti descrissero un arco fine a raggiungere il suolo. Per quanta fede potesse meritare l'asserzione d'un infelice che fa così grave caduta, e che per ciò non può sottrarsi ad un certo grado di stordimento, l'infermo assicurava che il collo era stato fortemente flesso in avanti e che egli in questa sede aveva anche sentito, nel momento della maggiore flessione, un certo rumore, come una scricchiolata.

Certo è però che il povero Perrotta non fu al caso di levarsi neppure dopo trascorso del tempo dalla caduta, avendo completamente perduto l'uso sia degli arti inferiori, sia di quelli superiori.

Nelle ore pomeridiane dello stesso giorno fu trasportato all' ospedale dei Pellegrini, dove rimase ricoverato.

Io lo vidi il mattino del 5 ottobre, e potetti rilevare i seguenti fatti.

L'infermo, di buona costituzione, giaceva supino nel letto in quello stato d'abbandono ch'è proprio dei paralissati. Cercava di mantenere immobile il capo per non aumentare i dolori nel collo, che già lo tormentavano sens'alcun movimento. Dolori si suscitavano pure se si dava qualche movimento passivo agli arti superiori. In quanto a movimenti attivi non c'era da parlarne: v'era paralisi completa di motilità, sia degli arti superiori, sia degli inferiori.

La paralisi di sensibilità era completa negli inferiori, in completa nei superiori dove lo stimolo era avvertito, ma non riferito al punto giusto della sua applicazione.

V' era anche paralisi completa dei muscoli del petto e dell'addome. La respirazione era sostenuta dal solo diaframma.

I rifiessi erano aboliti, le pupille miotiche. Nessuna alterazione di temperatura locale. Temperatura generale oscillante al disopra dei 88º la sera, al disotto il mattino. Non vero priapismo, ma lieve grado di turgescensa dell'asta.

L'osservazione del faringe non lasciava osservare alcuna sporgenza anormale lungo la sua parete posteriore.

Nessuna reazione dei muscoli alla elettricità faradica.

Sollevato l'infermo nel letto, e mantenuto nella posizione seduta, al tempo stesso che gli si sorreggeva e gli si immobilizzava il capo, si poteva osservare con la palpazione un vuoto ben marcato fra la 8ª e la 5ª apofisi spinosa cervicale, al posto della 4ª, dove il dito che s'infossava, risvegliava acuto dolore.

Sulla base di questi fatti feci diagnosi di frattura dell'arco della 4ª vertebra cervicale con endo-pressione dei frammenti e compressione sul midollo, salva lasciando la possibilità che quest' organo oltre ad essere compresso dai frammenti, fosse anche contuso, maltrattato, lacerato o compresso anche da sangue versatosi (ematorrachia). Proposi per ciò la lamnectomia della 4ª vertebra cervicale.

Non mi dissimulavo la gravessa del caso; ma v'era da tentare un intervento in un infermo condannato a certa morte ed a breve soadensa.

Il mio concetto diagnostico e curativo diviso da quanti colleghi dell' ospedale, attirati dalla importanza del caso, vollero osservarlo, fu accettato dai due direttori di sala e da due consulenti chiamati in apposito consulto il giorno di lunedi seguente, 7 ottobre.

In questo stesso giorno di lunedi procedetti alla operazione.

Non riscontrai frattura. Resecai la lamina della

quarta vertebra, che mi parve un pò infossata. Scoperta la dura madre che era integra, credetti inutile aprirla.

Asportata la lamina della 4ª vertebra parve a me ed a quanti mi circondavano, che la respirazione da diaframmatica ch' era soltanto, divenisse anche toracica. Certo è che l'infermo sopportò benissimo l'atto operativo e la relativa narcosi da cloroformio, e stette bene fino alla sera. Nella notte si aggravò con paralisi progressiva respiratoria, perdita della coscienza, e temperatura iperpiretica (41°,5). L'indomani alle dodici morì.

All'autopsia riscontrai: integrità completa dello scheletro della colonna vertebrale e quindi ne frattura ne lussasioni ne sublussasioni; integrità completa, per quanto è dato vedere in questi casi, dell' apparato ligamentoso; nessun versamento nel canale rachideo; integrità completa delle meningi; integrità completa della superficie esterna del midollo.

Asportato questo dopo la completa lamnecto mia di tutto il canale vertebrale, e fatti dei tagli trasversali con l'amputante a cominciare dall'alto, riscontrai un versamento sanguigno nel canale dell' ependima, con infiltrasione nella sostanza grigia che incominciando a qualche centimetro in sotto dal midollo allungato, aveva il suo punto culminante in corrispondensa della 4ª vertebra cervicale e finiva a livello della sesta: un vero focolajo di ematomielia tubulare.

Per completare il reperto anatomo-patologico, aggiungo qui l'esame istologico.

Come liquido fissatore mi servii del liquido di Müller e vi lasciai immerso l'asse spinale, in cui a brevi intervalli avevo praticato col rasojo delle sezioni che interessavano quasi tutto lo spessore, per circa un mese, e dopo un accurato lavacro ad acqua corrente, sottoposi il pezzo anatomico al passaggio per la serie graduale degli alcool. Per ciò che riguarda la colorazione, non avendo bisogno di un' immagine che mi avesse rilevate le più piccole particolarità di struttura , non credetti di dover ricorrere ai messi più complicati, e mi contentai della comune colorazione con carminio litico e carminio picrico e con ematossilina. Dopo la colorazione, di nuovo passaggio per la serie graduale degli alcool e per la trementina ed inclusione in paraffina.

Osservando i preparati a debele ingrandimento il fatto che principalmente colpisce è la distruzione completa di tutto il corno posteriore destro, la quale però non è uniformemente vasta

a tutti i livelli; poiche mentre nelle sesioni più alte, poco in sotto cioè del limite fra midollo allungato e midollo spinale essa affetta solamente il capo del corno posteriore destro, rispettando la sostanza bianca limitante, a misura che si scende più giù aumenta in estensione, fino a raggiungere un massimo a livello dell'inisio del rigonfiamento cervicale, dove si nota completa devastasione del capo e del colletto del corno, di buona parte della commissura grigia, e di tutta quella parte della sostanza bianca compresa fra il corno posteriore destro e la scissura longitudinale postica.

Le corna anteriori, il posteriore sinistro e tatto il resto del mantello bianco, non presentano in alcun punto alterasioni degne di nota.

L'alterazione del corno posteriore destro è tra le più cospicue: la sua sostanza grigia è completamente spappolata, non è più possibile di scernervi traccia di elementi nervosi, e ad essa si è sostituito un ammasso di globuli rossi del sangue, che dal colletto del corno si spingono indietro e dissociando le fibre nervose che vanno a formare le radici sensitive di destra, si fanno strada fin sotto alla dura meninge, dove si accumulano in gran numero, scollandola per un certò tratto dalla midella sottostante.

Non meno importanti sono le alterasioni dei cordoni di Golle di Burdach dal lato destro, dove si vedono le sesioni dei cilindrassi e delle guaine mieliniche, che li rivestono, dissociate e compresse dalla stessa infiltrasione degli elementi dei sangue.

Naturalmente alterato è pure il canale centrale dell'ependima; nella sezione vedesi il lume di esso completamente ripieno di elementi del sangue ed in messo a questi è dato riscontrare, in alcuni punti elementi epiteliali cilindrici distaccatisi dal rivestimento epiteliale della parete e rimasti impigliati fra gli elementi del sangue.

(continua)

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società Lancisiana degli Ospedali di Roma. - Enfisema di tutti i visceri- i Resezione intestinale per eruia crurale strozzata con applicazione del bottone di iM u rphy.-

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA

> Tornata del 30 gennaio 1897. (MOSTRO ARSOCONTO PARTICOLARE) Presidente Schamanna

Enfisema di tutti i visceri. V. Caccini (Assistante negli Ospedeli di Rome) Contadino, di anni 70, rigoverato nell'espedale di S. Spireto (luglio 1895)

per pneumonite crapale.

Guarito perfettamente del fatto polmonare, doveva uscire dall'espedale quando verso i primi del settembre cominciò a soffrire di diarres che cedevano ai preparati oppiacei; aveva contemporaneamente ritensione di urina da ipertrofia della prostata, donde la probabile spiegazione della

Praticato il cateterismo si riscontrò pus nelle urine, pus che diminui e scomparve poi con opportune lavande ed uso interno di salolo.

Intanto l'infermo febbricitò; la febbre si mantenne a tipo ora continuo ora remittente, dai 89°

ai 87°,5.

Negli ultimi tre giorni di vita, l'infermo fa preso da tremore degli arti per mio-astenia generale, la diarrea divenne più violenta, il dimagramento progressivo; la morte per collasso si verificò il giorno 11 settembre 1895.

All'autopsia si riscontrarono le vene del grande omento dilatate sino ad assumere il calibro di una paglia ed il colorito bianco pel gas che le

distendeva.

Questo fatto, avendo impressionato, si fecero ricerche accurate sui visceri.

Il fegato aveva la superficie esterna ricoperta da bolle ripiene di gas, che risaltavano pel colore bianco; il volume loro era vario, da quello di un grano di miglio e quello di una vaga di grano

La milza presentava lo stesso aspetto.

Le intestina erano cerchiate da anelle, costituite dalle vene ectasiche per gas che le distendeva. Pare ectasiche le vene del mesentere.

Estratto il fegato, quello che coipi subito fu il suo galleggiare nell'acqua; la milza pure gal-

leggiava.

Al taglio, il fegato moetrò il proprio parenchima gremito di cavernuole, grandi da un seme di miglio ad un frutto di nocciuolo; vesciche lisce, del colorito normale del fegato, il quale crep.tava sotto le dita,

Lamilza offri lo stesso reperto del fegato; numerosi vacuoli, più o meno grandi, fatti a spese del parenchima, sensa accenno di pus ne di detriti, ne di speciali stravasi sanguigni nel loro interno. Le cavernuole erano tutte ripiene di gas.

Nell'intestino, all'infuori delle ectasie dei vasi

venozi, nulla di speciale.

Polmoni aderentissimi alle pleure parietali; congesti i lobi inferiori.

Cistite purulenta; vescica a colonne; sotto la mucosa vescicale molte bolle di gas; ipertrofia della prostata.

Pielo-nefrite ascendente.

Nulla a carico dalla dura meninge; i vasi cerebrali venosi, ectasici da gas; anemia cerebrale.

Le vene del corpo tutte ectasiche per gas. Col dottor Cipollone si aspirò sangue da ana vena crura'e mediante una siringa del Tursini e si fecero culture dai passaggi in brodo di questo sangue.

Ecco il reperto batteriologico:

Con i comuni metodi di colorazione, si rivelò la presenza di un batterio, libero nel sangue, tozzo, piuttosto grosso, che non invade i globuli rossi.

Il batterio si colora col metodo di Gram, ed è anaerobio stretto.

Le culture a piatto svilupparono bollicine di gas, sparse irregolarmente nella gelatina, bolle rotonde munite di un prolungamento a codi corto o lunghissimo, pure esso di gas. Ad occhio nudo nulla si scorge di speciale nell'interno di queste bolle.

A piccolo ingrandimento si vedono al microscopio punticini risplendenti sul'a parete delle bolle.

Culture fatte toccando con l'ago di platino lo interno di queste stelle gassose, se più specialmente il contorno del terreno nutritivo formante la parete delle medesime, svilupparono altre simili stelle gassose nelle culture a piatto.

L'esame microscopico rivelò che sulla parete di queste stelle gassose stavano butteri affatto simili a quelli rinvenuti nel sangue del cadavere

esaminato durante l'autopsia.

Le culture anaerobie in agar fatte col metodo del Liborius (alti strati di terreno nutritivo) svilupparono dopo circa 80 ore, tanto gas da ridurre tutto il terreno sino a circa cm. 1 1/12 dalla sua estremità superiore, ad un miscuglio di spazi ripieni di gas frammischiati da spazi con terreno nutritivo.

Culture anaerobie in gelatina, fatte chiudendo alla lampada il tubo di cultura, svilupparono tanto gas che alcuni tubi si spezzarono con fra-

Da tutte le culture si ebbe al microscopio il batterio già visto nel sangue del cadavere.

Il batterio non è patogeno pei conigli; è immobile, si colora col Gram, è tozzo e ricorda quello del tetano, senonché è arrotondato al sue estremità; è anacrobio stretto; è lungo dai 2 p ai 5 µ e largo µ 0,5 circa; di solito si uni зе д diplobatterio, ma forma pure ammassi.

L'esame microscopico dei pezzi presi di fegato, di milza, di vescica urinaria, lasciò vedere i vacuoli tappezzati dal batterio descritto, batterio che per la via sanguigna aveva invaso i tessuti e vi si era sviluppato in numerose colonie, formando gas, che produceva le cavernuole notatefall'esame macroscopico.

Per i particolari sul batterio e sulla lettera-Cuore flaccido; non enfisematose le sue carni, tura, vedere il bollettino della Società Lancisiana. Resezione intestinale per erala crurale strezzata con applicazione dei bettene di Murphy. Soafi presenta un caso di ernia crurale (in una donna) strezzata da 4 giorni, con necrosi del sacco, di un'ansa del tenue per circa 10 centimetri e dei tessuti soprastanti.

Praticata l'ernictomia, l'oratore resecò l'ansa, praticandone, la riunione col bottone di Murphy tenendosi strettamente ai precetti dell'inventore cicè, riunendo i due monconi dell'intestino con un punto nella loro insersione mesenterica e facendo intorno al tubo centrale del bottone una sutura a filo continuo, costituita alternativamente da un punto a sopraggetto (a tutto spessore) e da un punto alla Lembert (sola sierosa), annodando, infine, i due capi del filo, e quindi riunendo le due metà del bottone.

L'applicazione del bottone e quindi la riunione dell'intestino, richiese in tutto solo 5 minuti.

L'intestino funziono subito egregiamente e la donna al 6º giorno emise il bottone.

Quattroclocohi domanda se altri abbia adoperato il bottone di Murphy in casi di ernia strossata.

Piergiii dice, che essendo l'ammalata cloroformissata, il tempo impiegato, non ha gran valore; del resto le ernie strossate si possono operare benissimo senza cloroformio, ed allora il tempo impiegato ha ancora minor valore.

Sgambeti osserva, che quantunque il bottone di Murphy sia superiore a tutte le modificazioni fattene, pure non è preferibile alle riunioni intestinali fatte con cilindri di pasta (Alessandri), o con patate (Buonomo).

Del resto i casi in cui il bottone non è stato emesso sono numerosi.

Soufi risponde, che egli stesso ha adoperato il bottone in un'altra ernia strossata, ma il caso era tanto grave che l'infermo mori 1 ora dopo l'operazione e quindi non è da tenersene conto.

Non ricorda poi se altri l'abbia adoperato nelle identiche circostanze.

In quanto a non tener calcolo del tempo impiegato, l'oratore è dispiacente di dover affermare perfettamente il contrario, perchè se l'infermo è c'oroformissato assorbirà meno cloroformio, se non lo è, resterà sempre meno esposto allo shok gravissimo che accompagna e segue tali operasioni e che ne costituisce il pericolo maggiore e così pure all'infesione, ecc.

I metodi poi accennati dallo Sgambati non sono paragonabili a quello di Murphy, perchè questi abolisce la sutura che non sempre può essere fatta benissimo, quindi perforazione, ecc.

I casi in cui il bottone non è stato emesso, si riferiscono a gastro-enterostomie ed il perchè si capisce.

L'oratore conclude, che quando il bottone di Murphy viene applicato bene ed in casi adatti, è superiore a tutti i mezzi proposti per l'anastomosi intestinale per la rapidità, sicurezza e facilità dell'operazione.

C. Micheli

RIVISTA DI CLINICA

Olinica medica della R. U. di Genova (prof. Maragilano).

La diagnosi diretta dell'ernia diaframmatica.

N. L., di anni 88, muratore. Anamnes i prossima e remota negativa. Due mesi addietro riportò 8 ferite da punta e taglio al costato sinistro, di cui 2 penetranti nel torace. Nei primi giorni consecutivi alla ferita emise per bocca diecreta quantità di sangue misto a muco ed ebbe tosse.

Ricoverato in nosocomio, ne usci completamente guarito dopo 12 giorni. Dopo più di 1 mese e messo incominciò ad accusare stanchessa ganerale, cefalea, brividi ripetuti, febbre, ancressia, dispnes, tosse con scarso espettorato muco-purulento e poco dopo un dolore puntorio al costato sinistro, che si diffuse gradatamente fino alla linea scapolare e che nei movimenti bruschi del corpo si esacerbava notevolmente.

Insieme al dolore comparve intensa dispues e stato di grave abbattimento.

Ricoverato in Ciinica, l'esame oblettivo dimostrò: diminusione delle escursioni toraciche posteriormente a sinistra, diminuzione del fremito toraco-vocale nella regione infrascopolare dallo stesso lato, con respiro aspro e qualche rantolo a bolle piecolissime; sulle regioni mammaria, sottoascellare, sottospinosa, inter-ed infra-scapolare, suono timpanico; nelle regioni sopra spinosa e sopra clavicolare (sempre di sinistra) suono ipofonetico.

Nel periodo di degenza in Ciinica, questi fanomeni alternativamente diminuirono e si esacerbarono. Attualmente trovasi in buone condizioni.

Reccolto questo individuo in Clinica, si notò inoltre che il torace a sinistra era aumentato di volume e che il cuore era spostato verso destre.

In tali condizioni, subito sorge l'idea che mello infermo deve essere cresciuta la pressione nel cavo pleurico di sinistra.

Ora tale aumento può essere dato o da presenza di liquidi, o di gas, o di tutti e due insieme.

Tentando la puntura esplorativa in questo infermo, voi non ricaverete liquido; dippiù, l'ottusità non è mobile e poi gli spasi intercostali rientrano con l'inspirazione. Inoltre, osservando il paziente, si vede l'epigastrio sporgere più a destra che a sinistra (che par quasi vuoto) e ciò non coincide col fatto di una aumentata pressione endotoracica per gas o liquidi liberi nel cavo pleurico.

Per la mencanza di ogni fenomeno si deve escludere l'eventualità di uno pneumo-torace liberc. In fatti le sofferenze respiratorie non sono continue, quali dovrebbero essere, provocate da una causa costente, ma accessionali, con periodi di calma assoluta, accessi in cui l'infermo decombe quietamente supino, con crisi violente che insorgono per lo più nel pomeriggio, dopo i pasti e dove la dispues diviene imponente.

Ed sliora, bandita la possibilità di una raccolta liquido-gassosa, o di uno pneumotorace libero, quale è la causa che sostiene il grave disordine per cui l'infermo ricorre all'uomo di ecienza ed arte ?

V'ha un dato anamnestico il quale ci spinge ad una ipotesi diagnostica; sono le ferite penetranti nel torace che fan sorgere la idea di una possibile ernia diaframmatica dovuta a lesione del muesolo respiratorio.

La possibilità di una ernia viscerale nel diaframma è un fatto dimostrato.

Se si eccettua l'utero e la vescica (poiché fissi) tutti gli organi addominali si sono trovati fare ernia nel cavo toracico.

Morgagni fu il primo a descrivere un caso di ernia disframmatica osservata in un cadavere. Ma. intra vitam, la diagnosi ne è difficilissima.

Nei 226 casi raggiuppati da Lacker, solo in 7 potè formularsi la disgnosi durante la vita dei pasienti!

L'ernia diaframmatica può essere causata o da una ferita del diaframma, o da una innata minore resistenza di questo muscolo, o può essere congenita.

Se l'ernia è congenits, oppure è data da una menomata resistenza del diaframma, la mente non è richiamata da alcun fatto su tele ipotesi; e solo quando si sa che vi furono ferite che interessarono probabilmente questo muscolo, si ha un dato per poterla supporre. Ora, ciò è una ragione della difficoltà disgnostica.

Aggiungete a questa la considerazione che, spesso, molte di queste ernie decorsero senza provocare mai alcun disturbo, oppure d'un tratto esplosero con fenomeni improvvisi di strozzamento, uccidendo d'un tratto il malato, ed allora si spiega l'esignità della cifra delle disgnosi intra vitom di un'ernia diaframmatica.

Orbene, nel caso nostro é attendibile il concetto di un'ernia diaframmatica? dai fatti obiet-lendotoracica, facendo arrivare aria in essa da

tivi suesposti, semioticamente è ammissibile l'egistenza di essa.

Escludendo l'enfisema e l'ipertrofia del polmone sinistro (pel notato spostamento cardiaco e per la spinta in alto del diaframma); escluso lo pneumotorace saccato, per la mancanza di ogni lesione polmonare, pel vuoto che si nota all'ipocondrio e per la stessa spinta in alto del diaframma, il concetto dell'ernia diaframmatica si impone.

Ma prescindendo dai ragionamenti puramente teorici, il clinico deve cercare la prova diretta di quanto vuole asserire, nella sindrome fenomenica del morbo da lui intraveduto.

La fenomenologia dell'ernia diaframmatica non è inerente all'ernia in sè e per sè, ma si connette alle conseguenze che l'ernia stessa produce (fenomeni di strozzamento, rapida limitazione dello spazio endotoracico, ecc.). Sono questi i mutamenti acuti, poichè a tutti è nota la forsa di accomodazione che l'economia possiede rispetto alla lenta riduzione dell'area vascolare o respiratoria.

L'ernia diaframmatica, non dà sempre la fenomenologia chiara che abbiamo nel nostro caso. Supponete la coesistenza di alterazioni fisiche secondarie, se quali mascherano le condizioni endopleuriche; in tal caso si avrà una sindrome più complesse, la quale sarà di spiegazione più difficile.

Questa è una eventualità che può osservarsi. Io ho avuto occasione di osservarne 2 casi nella mia Clinica.

Nell'uno, malgrado non esistessero che i fenomeni di liquido raccolto nel cavo pleurico, formulai la diagnosi di ernia diaframmatica , più che tutto, dall'odore fecaloide del liquido ottenuto con la puntura; questo odore, in fatti, deponeva per una comunicazione fra i gas trapelanti dall'intestino e l'essudato intrapleurico.

Nell'altro, la sindrome dell'ernia rimase latente per 2 anni, dopo di che, esplosero fatti d'uno pneumo-pio-torace che uccise il paziente; all'autopsia si rilevò trattarsi d'un'ernia diaframmatica.

Questi casi accadono e sono più frequenti di quanto non si creda.

Tra i mezzi diretti, i queli ci danno segni positivi per la diagnesi, noi abbiamo (ed il merito spetta a Liebermeister di Tubinga) il metodo della insuffiasione, nella pratica della diagnostica delle malattie intestinali.

Ed allora, ho pensato io, se esiste una ernia

parte del retto, si dovranno ascoltare sul torace mutamenti fisici.

Ho fatto introdurre ritmicamente, mercè una pompa premente, per via del retto intestino, aria nel tubo enterico ed ecco che cosa ho notato: nessuno! aumento (notatelo bene) della pressione endo addominale; nessuno spostimento del torace in alto; invece aumento di 1 cm. nell'ampiezza del compasso al torace di sinistra; ed anteriormente, in corrispondenza del 5º spazio intercostale dello stesso lato, l'insorgere di un suono anforico ad ogni insuffizzione d'aria; posteriormente l'aia ipofonetica si restringeva e si portava in alto. Ed alla ascoltazione, ad ogni movimento di stantuffo, si percepiva un rumore manifesto di soffio in un punto del torace.

Iniettando poi acqua con un comune enterochame, ho visto comparire un suono otcuso nelle sone toraciche di sinistra, dove la risuonanza era chiara.

In ccdeste esperienze giunge un punto in cui (o per i gas o per liquidi introdotti) sorge tale ambascia nel paziente da costringere ad interrompere la prova. Si riproduce, cioè, sperimentalmente quella riduzione acuta del cavo pleurico che fisiologicamente incoglia l'infermo nel dopo prenze.

Questi accorgimenti tecnici sono tali da imprimere un vero ed efficace progresso alla diagnosi dell'ernia diaframmatica sulla base della pruova diretta, non solo del raziocinio dei dati negativi.

Dunque nel nostro infermo la disgnosi di ernia endotoracica è indiscutibile; ma è essa recente o inveterata?

Bisogna attenersi alla prima ipotesi.

Quando ricoverammo lo infermo, egli presentava la sindrome di una volgare influenza. Dopo 8 giorni dall'ingresso, dopo forti colpi di tosse, rapido insorse un vivo dolore originantesi all'epigastrio, per irradiarsi poi alla spalla ed al torace di sinistra.

Ed allora 6 logico ammettere che la ferita aveva indebolito in quel punto il diaframma, lo aveva predisposto a smagliarsi; che l'influenza provocò la tosse e questa gli sforsi pei quali infine l'ernia si determinò.

A mio giudizio, qui l'ernia è fatta dal colon trasverso, da parte dello stomaco (perchè introducendo liquidi nello stomaco, per bocca, si determina ottusità toracica) ed anche parte della milza vi partecipa, giacchè essa plessimetricamente non si riscontra nella sua aia normale.

Assodata la diagnosi, quale la cura?

Molti, considerando che l'ernia può durare a lungo innocente, mal si adattano a consigliare la cura chirurgica; ma ove si rifietta che questi disgraziati vivono sotto il continuo incubo di un possibile strozzamento che può determinarsi ca un momento all'altro, non è difficile comprendere come l'unica risorsa sia da riporsi nella chirurgia efficace e conservatrice, alla quale bisogna ricorrere, e per tempo, se vuolsi fare una prognosi più o meno riservata (*Oronica della Clinica Medica di Genova*, 80 gennaio 1897).

Nacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

il cancre dello stemace. Powell. - Nello stomaco possono aversi quattro principali varietà di cancro : l'epiteliale, l'encefaloide, lo scirro ed il cancro colloide. Le due prime varietà hanno grandissima tendensa all'ulcerazione, per cui gli individui che ne sono affetti, presentano i sintomi dell'ulcera gastrica, insieme a quelli dipen denti dalla malignità del tumore. Il dolore è più intenso e continuo che nella semplice ulcera dello stomaco; esso è meno aumentato dall' ingestione dei cibi, e meno alleggerito dalla loro espulsione col vomito, di quel che accada nell'ulcera semplice. Le emorragie derivanti da un' ulcera cancerigna sono più frequenti, ma più leggiere, di quel che sogliano essere nell'ulcera rotonda.

L'emaciazione e la cachessia sono di gran lunga più spiccate che nell'ulcera semplice. Inoltre, il cancro dello stomaco è molto spesso riconoscibile con la palpasione; e per giunta esso da luogo, nei suoi stadi avanzati, a lesioni secondarie, specialmente del fegato, ma anche, molte volte, del pancreas, del peritoneo e d'altri organi.

Di tutti i cancri dello stomaco, l'encefaloide è quello che si sviluppa con maggiore rapidità. Il cancro epiteliale, più lento nel suo sviluppo, ha un decorso più lungo, e si distingue assai più difficilmente dalla semplice ulcera cronica dello stomaco.

Esso interessa molto spesso il cardia. In non pochi casi si sviluppa sopra un'antica ulcera gastrica.

Lo scirro ed il cancro colloide hanno pechissima tendenza ad ulcerarsi. La seconda di queste due varietà non occorre che molto raramente. Lo scirro, per lo più, si stabilisce a livello d'uno degli orifizi, ma specialmente del pilorico, e determina così fenomeni d'ostruzione. All'autopsia, esco si presents, in generale, come un inspessimento duro, liscio, anulare, della regione pilorica, non estendentesi al principio del duodeno.

Anche nei primi stadi dell' affezione, quando l'orifizio pilorico non è considerevolmente ristretto, il vuotamento dello stomaco è reso difficile dal fatto, che la necplasia interrompe il corso regolare dell' onda peristaltica, e per giunta rende rigido ed inespansibile l'orifisio pilorico. I residui alimentari stagnanti nello stomaco subiscono anormali fermentazioni.

Di quando in quando l' infermo vomita quantità più o meno grandi di sostanze alimentari decomposte, fermentate, schiumose. Il vomito è in generale molto acido, e contiene gran copia di svariati microrganismi, tra i quali la sarcina veniriouli. L'acidità però non è dovuta ad acido cloridrico, bensì ad acido butirico, lattico e ad altri acidi di fermentazione. Lo stomaco s' ipertrofisse, me, siccome, ad onta dell'ipertrofis delle pare ti gastriche, non è possibile un completo vuotamento del ventricolo, questo subisce una graduale dilatazione. Il tumore è per lo più palpabile, e suol dare l'impressione d'una massa dura, di forma quasi quadrata. Quantunque esso occupi il piloro, tuttavia il punto dell'addome in cui se ne constata la presenza, è abbastanza variabile, per effetto dei cambiamenti di volume, di forma e di posizione dello stomaco; la neoplasia può, a seconda dei casi, venir palpata in un punto qualunque tra la regione pilorica e la reuione ombelico-inguinale destra.

Lo scirro non ha tendensa ad invadere prontamente le parti vicine. Il corso dell'affezione, malgrado la stenosi pilorica, può essere abbastanza lungo, ad esempio, d'un anno ad un anno e messo, e ciò specialmente quando si esegue metodicamente la lavatura dello stomaco, e si nutrisce l'infermo con cibi peptonissati.

Ma oltre alla forma comune di scirro, occupante una regione molto limitata dello stomaco, cice per lo più la regione pilorica, v'ha una forma assai più rare, cicè la forma diffusa, nella quale l'indurimento necplastico si estende alla totalità, o quasi, della parete gastrica. Neanche questa forma ha tendenza all'ulcerazione. La neoplasia ha sede specialmente nello strato sottomucosc. Le pareti gastriche sono molto inspessite, per effetto dell' infiltrazione neoplastica.

La mucoca trovasi, in parte atrofics, in parte raggrinsata. Ma ciò che è specialmente importante a conoscere in questa forma, si è il fatto, che essa non si accompagna, per lo più, ad alcuna dilatazione gastrica; anzi, invece di ectasis, può esistere un considerevole restringimento della cavità dello stomaco. Bisogna anche notare che la neoplasia, mentre interessa la massima parte delle pareti gastriche, risparmia talora completamente la regione pilorica. I vomiti possono essere soarsissimi, a cagione della ristrettezza della cavità gastrica e della permeabilità del piloro.

Questa forma di cancro del ventricolo può dar luogo, pei suoi speciali caratteri e per la sua rarità, a notevoli difficoltà diagnostiche, ed è per ciò importante di tener presente la possibilità di essa.

In on sens dell' autore, concernente una donna

di 84 anni, la palpazione rivelava, in sotto dell'arco costale sinistro, l'esistenza d'un corpoduro, liscio, del volume e forma d'un rene. La diagnosi non si poté stabilire con certezza, malgrado l'assenza di acido cloridrico nelle sostanza vomitate, se non mediante una laparotomia esplorativa, la quale dimostrò che il corpo duro reniforme sporgente dall'arco costale, era costituito dalle pareti gastriche fortemente indurite e retratte (The Practitioner, febbraio 1897).

DIAGNOSTICA MEDICA

La radioscopia nella diagnostica clinica

Le recenti comunicazioni del Bouchard mettono in piena luce l'utilità che la diagnostica medica può trarre dalla radioscopia.

E vero, dice Bouchard, che con gli altri messi comunemente adoperati si può giungere agli stessi dati, ma senza contare la maggiore precisione che la radioscopia dà alla constatasione degli spostamenti del mediastino, questa ha il vantaggio di far controllare un metodo con un altro, un senso con un altro.

Certo il medico di villaggio non può fornirai di un messo disgnostico di tanto costo, ma nelle città ove si ha la possibilità di servirsi di una sorgente elettrica sufficiente, l'installazione di un apparecchio radioscopico renderà grandi servigi.

Finora le esplorazioni con i raggi X hanno dato cognizioni utili solo per le malattie del torace, essendo i corpi sotto-diaframmatici impermeabili: ma il Bouchard, nelle sue lezioni, fa notare che gli stomachi dilatati e pleni di gas si lasciano facilmente attraversare dai raggi X e sugli schermi fluorescenti, nel mezzo della opacità addominale, danno una piccola zona chiara, di grandezza variabile.

La tecnica attuale della radioscopia del torace di un individuo sano è la seguente.

Nei tubi di Crookes, adoperati attualmente, l'anode si determina internamente con un disco di platino (detto anti-catode o fucco, donde la denominazione di tubi focali data a questi tubi).

Per avere una maggiore potenza, si aggiunge

un anode supplementare.

Il catode è formato da un lungo filo di platino, il quale si continua allo interno di un disco di alluminio, al quale si dà una curvatura con-

I tubi sono costruiti in guisa che i raggi catodici convergano nel fuoco delle piastre antica-

La luce è buona quando questi fuochi diventano rossi e non si hanno intermittenze; allora ha un colore verdastro.

Lo schermo fluorescente è composto di un cartone liscio, spalmato da una delle facce con una sostanza adesiva, sulla quale si apolvera platinocianuro di bario in cristalli finissimi.

La faccia sensibile dello schermo è prodotta da uno straterello trasparente di celluloide; il dorso è ricoverto da un foglio di carta nera.

Interponendo tra i tubi di Orookes e lo

schermo, il torace di un individuo normale, si vede sullo schermo apparire lo scheletro del torace rappresentato da una striscia verticale nera a margini paralleli e lateralmente a questa, linee oblique meno scure (rappresentanti le costole).

Di più, a destra della colonna, verso il mezzo della regione dorsale si proietta l'ombra del cuore in cui si possono distinguere i battiti. Finalmente l'ombra proiettata dal fegato, sale e

scende con i movimenti respiratori.

Oltre di queste ombre, tutto il resto del torace è egualmente chiaro da ambo i lati. Il mediastino, nascosto dalle vertebre cervico-lorsali non comparisce.

E' necessario restare alquanto all'oscuro prima di guardare lo schermo e poi, occorre una certa abitudine all'osservazione.

Per avere l'immagine più netta, il Bou chard per non essere disturbato dalla luce diffusa, situa dinanzi ai tubi di Orookes un diaframma nero forato nel centro.

I casi patologici in cui la radioscopia può riuscire utile, sono molteplici; il Bouchard ne ha fatto argomento profondo di suoi studi.

Egli se ne è servito nei casi di pleurite ed ha veduto che dal lato ove esiste la lesione, si ha una ombra meno chiara di quella proiettata dal lato sano e che questa minore trasparenza si ferma al limite ove l'essudato si arresta.

Ciò concorda con i dati ottenuti mercè gli altri messi fisici semiotici adoperati.

Quanto più si scende in basso (essendo gli strati più densi) la semi trasparenza diviene più oscura e si confonde con l'ombra proiettata dal fegato.

In S casi di pleurite, il Bouchard ha veduto inoltre il mediastino spostato proiettare una ombra verso il lato sano ed in un 4º in cui lo essudato era scomparso ma erano rimaste aderenze mediastiniche, il mediastino proiettare l'ombra dal lato ristretto.

A mano a mano che l'essudato viene riassorbito, gradatamente ritorna la tinta chiara.

In un caso fra gli altri osservati dal Bouchard, rimase una semioscurità all'apice ed allora egli ebbe il dubbio che ivi il tessuto polmonare fosse condensato. In fatti, alla percussione ed ascoltazione la sua previsione fu confermata; si constatò un' incipiente tubercolosi.

Dunque la tubercolosi polmonare fu scoperta dall' esame radioscopico.

Il Bouchard insiste sul fatto della deviasione del mediastino nelle pleuriti.

Negli infermi con pleurite unilaterale il Bergonié ha egualmente notato una differenza enorme nella trasparenza dei 2 polmoni, e ciò in

Nel primo caso si trattava di una donna con pleurite purulenta; l'apice del polmone appariva molto trasparente, ma la linea di demarcazione poco netta (come alla percussione).

Le mammelle, molto sviluppate, proiettava no una ombra intensa e limitata, la quale in sulle prime aveva indotto in errore. Nel secondo pleu-

ritico, oltre alla diminuita trasparenza, potè notare diminuzione delle escursioni diaframmatiche dal lato affetto.

Il Bouchard in un pleuritico operato di empiema (il quale per conseguenza aveva inspessimento pleurico e lesioni bacillari all'apice), potè egualmente constatare un'opacità relativa e molto accentuata dal lato affetto per rapporto a quello sano. Le lesioni dell'apice polmonare si manifestavano con un' ombra ancora più accentuata.

Nella tubercolosi polmonare, dunque, la radioscopia dà risultati positivi. Il Bouchard potè in tutti i tisici constatare l'ombra delle lesioni polmonari li dove gli altri sintomi fisici ne determinavano la sede e la grandezza; la intensità dell'ombra era in rapporto con la profondità della lesione.

Quando esistono caverne, queste possono dare una sona chiara più distinta, ma ciò non si osserva compre.

Bergonié, in un infermo, ha potuto egualmente verificare questo asserto.

Lo stesso autore potè inoltre applicare la radioscopia in un caso di ciste idatidea del polmone.

L'esame gli fè rilevare l'esistenza di una zona opaca la quale aveva invaso il lato sinistro del torace, lasciando allo intorno una sona chiara, nella quale le punture non lasciavano ritrarre ombra di liquido.

L'opacità dell'ombra vista per di dietro ed i suoi margini ben netti, provarono che la ciste era sita più verso la regione posteriore del torace che verso quella anteriore. Ciò fu constatato anche alla percussione.

Per mostrare l'esattezza della radioscopia, il Bergonié si è servito di un processo molto ingegnoso; egli limita prima con la percussione le zone della ottusità e poi ne segna il contorno sul torace mercè esili listerelle di piombo mantenute in sito col collodion.

Queste ultime, impermeabili ai raggi catodici designarono sulla lastra fluorescente, un segno nero e si potè constatare che la loro ombra circondava esattamente le zone oscure generate dalla raccolta liquida e corrispondenti all' ottusità ricavata con la percussione.

Allo stesso modo il Bouchard ha utilizzato i raggi catodici in una giovinetta affetta da adenopatia tracheo-bronchiale; essi delimitarono con grande esattezza l'ombra dei gangli a destra della colonna vertebrale, corrispondente ai sintomi fisici prima notati.

La radioscopia, oltre che nei casi di malattie pleuro-polmonali, riesce preziosa nelle malattie cardio-aortiche. Negli aneurismi dell' arco, nelle ectasie dell'aorta, nelle ectopie ed ipertrofie cardiache, è accertata la sua utilità. E' probabile che la radioscopia darà egualmente segni positivi nei casi di pericardite essudativa e sarà di una incontestabile utilità nelle forme croniche e nelle pericarditi tubercolari la cui diagnosi é tanto delicata (Journal des praticiens, 80 gennaio 1897).

Macciarone

TERAPIA CHIRURGICA

Sulla diagnesi e cura chirurgica dei necplasmi del fegate. Tuffier.—Tutte le discussioni tenute a proposito dei tumori epatici hanno messo in evidensa le difficoltà diagnostiche e la gravezza delle emorragie che seguono alla semplice esplorazione di questi tumori. L'autore a proposito di queste due questioni, propone due messi i quali attenuano in certo qual modo tali difficoltà.

I neoplasmi del fegato possono andar confusi con suppurasioni epatiche con cisti della glandula; anche aperto l'addome, col fegato tra le mani, talvolta è impossibile pronunciarsi, tanto che occorre fare la puntura esplorativa; ma questa puntura non è innocua, e Terrier e Ricard riportano casi occorsi loro in cui essa bastò a far perire dissanguati gli infermi sul letto di operasione. Per coloro i quali conoscono le emorragie consecutive a lesioni del fegato, questi accidenti non hanno nulla di eccezionale.

Ed allora noi dobbiamo cercare un modo di perfezionare la diagnosi senza correre l'alea di

una emorragia.

L'autore si è trovato due volte in dubbio sulla diagnosi e potè finalmente pronunciarsi solo con la esplorazione dell'ilo del fegato.

Il suo primo infermo era un ingegnere americano il quale presentava un tumore epatico tondo, liscio, protrudente all'epigastrio, senza alcun risentimento da parte delle vie biliari.

L'autore pensò ad una ciste, ma il dimagramento dello infermo lasciavagli dei dubbi, ed allora fece osservare il pasiente al Bouilly, il quale si pronunciò per un tumore a decorso rapido.

Il tumore finì per sospingere l'epigastrio tanto da diventare veramente sottocutaneo e fluttuante.

Fatta la laparotomia esplorativa, l'autore cadde sul fegato in cui esisteva un enorme tumore biancastro, fluttuante, limitato. Con la puntura si estrasse un liquido sieroso e fioccoso che non deponeva per alcun fatto decisivo.

Allora l'autore pensò che se si trattava di un neoplasma, i gangli avrebbero dovuto essere tumefatti. L'esplorazione dell'ilo, in fatti, fece trovare un gruppo di gangli induriti. Chiuso l'addome, l'infermo soccombette all'evoluzione rapida

del suo canero.

Il 31 marso 1894, l'autore operò una giovinetta di 22 anni la quale presentava ripetuti accessi di colica epatica, associati ad un ittero variabile, fatto che deponeva per un ostacolo nel coledoco.

Dopo vari mesi di cura, persistendo l'ostacolo

nel coledoco, si pensò all'operazione.

Aperto l'addome, il Tuffi er trovò un fegato grosso, sulla cui faccia anteriore esisteva una tumefaziono dura e resistente e sulla faccia convessa due o tre chiazze grigiastre.

Tanto il Tuffier che il Gilbert si videro imbarazzati a decifrare di che natura fosse

la legione.

Esplorando l'ilo, rinvennero i gangli molto ingrossati, numerosi, duri, lisci ed allora, fatta la diagnosi di tumore maligno, praticarono la colecistenterostomia,

Tutto procedeva bene, quando l'inferma, il 22

giugno, mori.

All'autopsia si trovò: cancro del fegato con propagazione al coledoco, fatto rarissimo, che spiegava l'esistenza delle coliche epatiche.

Questi 2 fatti, uniti alla storia degli errori diagnostici permettono all'autore di dire: l'esplorazione dell'ilo del fegato s'impone in tutti i casi di dubbia diagnosi; la presenza di gangli più o meno numerosi è l'espressione apparente del carcinoma del fegato, ma la loro assenza non eselude la possibilità che questo esista.

Le ricerche di Hanot e di Gilbert dimostrano che il cancro secondario e l'adeno-epitelioma non tumefanno i gangli e si propagano per la via delle vene. Ma il cancro primitivo si accompagna quasi sempre ad ingorgo ganglionare dell'ilo. La presenza di questi gangli non solo è un elemento prezioso di diagnosi, ma controindica ogni tentativo di operazione radicale e rende inutile la pericolosa puntura esplorativa.

La questione dell'emostasia è poi la più grave nei casi di operazione sul fegato e specialmente quando si tratti che in questo esiste un neoplasma.

Quindi i tentativi di emostasi con nuovi processi sono giustificati,

Si sa in fatti che i tumori maligni sopra tutto dei visceri si accoppiano ad una ricca vascolarizzazione dei tessuti la quale si traduce con una enorme dilatazione dei vasi del territorio colpito.

Pei tumori del rene, del testicolo, del piloro, il fatto è così noto che dalla semplice ispezione dell' organo si può già affermare l'esistenza di un carcinoma sottostante.

Ed allora è chiarissimo come sia difficile ottenere l'emostasi quando vien ferito un organo tanto ricco di vasi e per lo più friabile.

L'autore ha sperimentalmente tentato la pressione digit le e temporanea del picciuolo ed ha potuto sempre constatare (almeno nei cani di cui si servi) che ferito il fegato, l'emorragia è abbondantissima, ma essa ben presto si ferma quando si stringa tra due dita il picciuolo e più non si osserva che un lieve gemisio sanguigno alla superficie della ferita, il quale scompare anch'esso se la pressione si esercita un pò più a lungo. E' probabile che questo gemisio sia dato dalle vene sopra epatiche le quali cessato il loro nutrimento, cessano di dar sangue.

L'autore non ha tentato questo mezzo di emostasi nell'uomo, ma dagli studi fatti sul cadavere ha potuto osservare che la compressione del

peduncolo è relativamente facile.

Introdotto l'indice nel forame di Winslow, il pollice può comprimere tutto il peduncolo vascolare senza produrre lesione di sorta; le dita sono sempre preferibili agli strumenti compressori.

Il messo indicato del Tuffier per ottenere

l'emostasia nelle ferite del fegato è molto promettente ed ha il vantaggio di essere finoffensivo (Gasette hebd. de Mèd et de Chir, 28 gennaio 1897). Nacciarone

NOTIZIE

Per l'assistenza sanitaria agli operai

Recentemente, da quanto rileviamo dal gionale « Il Pratico», il dott. Bernacchi di Milano, in una riunione di delegati di 21 associazioni operaie, ebbe occasione di riferire intorno agli studi fatti durante un suo recente viaggio all'estero, circa le varie organizzazioni create per la difesa della salute degli operai.

Egli trovò a Vienna una Società che non soltanto provvede col contributo dei propri soci all'assistenza medica e farmaceutica d'essi, ma provvede loro i soccorsi più specialmente necessari per i periodi di convalescenza. E Vienna istessa possiede uelle sue vicinanze, a Königstetten, un « Sanatorium » per gli operai convalescenti.

Nella capitale austriaca son pure bene organizzati i servizi pei soccorsi d'urgenza, con carro, ambulanza e barelle.

Il dott. Bernacchi si diffuse a spiegare il sistema gernanico delle assicurazioni obbligatorie per gli infortuni sul lavoro, e l'organissasione veramente splendida del servisio medico, criticato solo in questo: che gli operai obbligati a sottoporsi alla cura dei medici pagati dai padroni, lamentano di non avere sufficiente garanzia in linea economica riguardo allo accertamento dei danni.

Nel Belgio — a Gand specialmente, cittadella del socialismo — i lavoratori sono arrivati a costituire sotto gli auspici del dott. Moi son un' Associazione che assicura loro, col lieve contributo di cent. 82 alla settimana, il soccorso medico e farmaceutico a domicilio ed il sussidio pecuniario in caso di malattia. Dai calcoli istituiti risulterebbe che il servizio medico esige un contributo settimanale di cent. 80, che bastano a pagare L. 1 per ogni visita diurna, L. 2, per ogni visita notturna; ed altri 2 centesimi occorrono per le medicine.

In Inghilterra il contributo per siffatti servizi — perchè diversamente organizzati— è assai più elevato. Ma il dott. Bernacchi faceva notare come in Inghilterra la beneficenza sia informata a criteri assai diversi che da noi: colà essa non rappresenta il superfluo che i ricchi elargiscono ai poveri, ma una specie di tassa progressiva, pei bisogni dell'assistenza sanitaria tanto vero che gli ospedali mantengonsi col prodotto

dei lasciti, di feste e di spettacoli, di contributi dei ricchi e anche dei meno abbienti.

Speciali contributi, quelli detti della domenica, perchè appunto in quel giorno raccolti mediante questua nelle chiese, e quelli del sabato raccolti fre gli operai son destinati alle varie istituzioni di pubblica assistenza, onde queste non riveston più per alcuno quel carattere di carità umiliante proprio degli istituti funzionanti col solo contributo dei ricchi.

Concorso scientifico. Premio Bressa

La Real Accademia delle Scienze di Torino, uniformandosi alle disposizioni testamentarie del dott. Cesare Alessandro Bressa, ed al programma relativo pubblicatosi in lata 7 decembre 1876, annunzia che col 31 decembre 1896 si chiuse il concorso per le scoperte e le opere scientifiche fatte nel quadriennio 1898-96, al quale concorso erano solamente chiamati scienziati ed inventori italiani.

Contemporaneamente essa Accademia ricorda che, a cominciare dal 1º gennaio 1895, è aperto il concorso per l'undecimo premio Bressa, a cui, a mente del testatore, saranno ammessi scienziati ed inventeri di tutte le nazioni.

Questo concorso ha per iscopo di premiare quello scienziato, di qualunque nazione egli sia, che durante il quadriennio 1895-98, a giudizio dell'Accademia delle

- Scienze di Torino, avrà fatto la più insigne ed utile
 scoperta. o prodotto l'opera più celebra in fatto di
- « scienze fisiche e sperimentali, storia naturale, mate-
- « matiche pure ed applicate, chimica, fisiologia e pa-
- « tologia, non escluse la geologia, la storia, la geogra-
- « fia e la statistica ».

Questo concorso verra chiuso col 81 decembre 1898. La somma destinata al premio, dedotta la tassa di ricchezza mobile, sara di L. 9600 (novemilaseicento). Chi intende presentarsi al concorso dovra dichiararlo, entro il termine sopra indicato, con lettera diretta al Presidente dell' Accademia, e inviare l'opera con la quale concorre. L'opera dovra essere stampata; non si terra alcun conto dei manoscritti. Le opere presentate dai concorrenti, che non venissero premiati, non saranno restituite.

Nessuno dei soci nazionali, residenti o non residenti' dell'Accademia Torinese potrà conseguire il premio.

L'Accademia dà il premio allo scienziato che essa ne giudica più degno, ancor che non sia presentato al concorso.

Redattore responsabile: Dott: HUGO MACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Scamano. — 1. Riviste generali. Le lesioni traumatiche delle vie biliari. — 2. Lavori originali. Ospedali dei Pellegrini in Napoli. Lamnectomia della quarta cervicale per lesione violenta, pel dott. G Sorge. — 8 Società scientifiche. — 4. Rivista di Clinica. Ospedale della Carità di Parigi (prof. Potain). Disturbi gastrici dell'inizio della tubercolosi. — 5. Rassegna della stampa. Anatomia e fisiologia. — 6. Pediatria. — 7. Pratica chirurgica. — 8. Notisie.

RIVISTE GENERALI

Le lesieni traumatiche delle vie biffari.

Se si pensa per poco al posto occupato dai canalicoli escretori del fegato, profondamente situati sulla faccia inferiore di quest'organo, e le deboli dimensioni che presentano le vie d'escrezione della bile, si comprenderà facilmente perchè i traumatismi delle vie biliari e della vescicola, siano stati osservati più di rado di quelli del fegato.

Salmuth e Faber, nel secolo XVIIº, furono i primi a descrivere un caso di lesione traumatica delle vie biliari e fino al secolo scorso, non si trovano segnalati che i casi di Stucart, Alberti, Gibson, Ferrande Skarte.

Nel 1824, Les eur e riuniva tutte le ceservasioni pubblicate fino allora, cercando di fissare la patologia e la cura delle ferite delle vie biliari.

Lo stesso argomento fu studiato da Tornwaldt nel 1866 e da la Bigne Villeneuve nel 1869.

Seguirono poscia i lavori di Mayer (1872), Auresan (1876), Brethes (1879), fino a che nel 1887 E dler, riuniva tutto il materiale sparso, per formulare una statistica più completa sullo interessante argomento.

Nel 1892, Cour voisier, in un lavoro sulla chirurgia delle vie biliari, consacra un capitolo speciale alle ferite di questi organi, e riportan do 48 osservazioni, fra cui figurano 84 casi di rottura sottocutanea, e 14 casi di ferite penetranti delle vie biliari, vanta, a proposito della cura, i buoni effetti della puntura.

La questione delle lesioni traumatiche delle vie biliari, fu ripresa da Routier l'8 decembre 1892 alla Società di chirurgia di Parigi; dopo questa comunicazione nuove esservazioni furono pubblicate da Kirmisson (1892) e Michaux (1898).

Contemporaneamente, comparvero i lavori di Hermes, Battle, Kehre Dalton.

Come le ferite del fegato, quelle delle vie biliari possono essere prodotte sia da armi di fuoco, sin da strumenti da punta e da taglio. In questi casi la parete addominale è interessata, e spesso sono lesi il fegato o gli organi vicini.

Ma le ferite delle vie biliari e della vescicola, possono seguire a contusioni dirette della parete addominale, senza lesione esterna, ed è questa la causa più frequente di rottura delle vie biliari.

Queste contusioni possono essere prodotte da cause diverse; così, ad es. dal passaggio sul ventre di una ruota di carrozza, da un calcio, o da un colpo sulla regione del fegato, o anche per caduta da un sito elevato.

In fine, bisogna ricerdare, che una lesione pregressa della vescicola biliare, può avere una influenza rilevante sull'effetto del traumatismo. La rottura delle vie biliari si esplica allora, sia per la friabilità della parete alterata, sia per la idropisia della vescicola ed infine per la sua distensione dalla bile.

L'effetto in mediato di una ferita delle vie biliari, è il versamento, nella cavità peritoneale, della bile, mescolata ad una quantità più o meno considerevole di sangue dovuto alla lesione di organi vicini, e specialmente del fegato.

Dopo un certo tempo, questa raccolta di bile è circondata da una neo membrana, la quale per la sua faccia esterna liscia tappessa il peritoneo parietale e viscerale, e d'altro lato unisce le anse intestinali fra loro, e con gli organi vicini.

Nel momento in cui si produce le contusione, il pasiente spesso perde la coscienza e rimane per un tempo più o meno lungo in uno stato di collasso, qualche volta molto profondo. Ben presto si manifestano tutti i segni della contusione addominale: la parte inferiore del torace e la regione epatica diventano sede di un vivo dolore: l'addome è leggermente tumido, il polso piccolo, frequente, la faccia pallida, ansiosa.

Se esiste una lesione di continuo della parete addominale, allora si può notare fuoruscita dell'intestino, dell'epiploon, o di qualche organo vicino del fegato. Ma in molti casi esiste appena traccia di contusione alla superficie dell'addome, malgrado la violenza dello chok.

A poco a poco l'ammalato esce da questo stato di collasso, ed appariscono tutti i sintomi della reazione peritoneale, i quali costituiscono un quadro speciale, caratteristico delle lesioni traumatiche delle vie biliari.

Il dolore, assai vivo, si localizza nella regione ipogastrica o nell'ipocondrio destro, con irradiazioni alla spalla omonima, ed il ventre, particolarmente nella regione sotto-epatica, si rende oltremodo sensibile.

Persiste la nausea, accompagnata da vomiti biliari, alle volte incessanti, la sete è ardente, e generalmente nei primi giorni che seguono l'accidente, si osserva costipazione. Nello stesso tempo il ventre diventa tumido ed aumenta progressivamente di volume sotto l'influenza del versamento della bile e di disturbi intestinali dovuti alla reazione del peritoneo.

Alla percussione si constata suono timpanionella parte sinistra dell'addome, ottusità a destra, là dove la raccolta di bile tende ad incistarsi.

Alla palpasione, a livello dell'ottusità, si percepisce una fluttuasione, alle volte molto netta.

In generale, nella seconda settimana, questi accidenti possono essere soguiti da un ittero caratteristico. L'itterizia, dovuta al riassorbimento della bile, può essere più o meno spiccata, e può accompagnarsi con la presenza di pigmenti biliari nell'urina e la decolorazione delle fecce.

In un gran numero di casi, alla costipazione succede generalmente la diarrea, e nello stesso tempo lo stato generale dell'infermo si altera

profondamente.

La temperatura, ordinariamente, oscilla fra 37°, 6 e 88°, o se essa si eleva, ciò vuol dire che è intervenuto l'elemento settico per trasformare la peritonite subacuta in acuta, il più spesso mortale.

La bile pura ed asettica, non può determinare che accidenti irritativi, i quali si svolgono lentamente, progressivamente, e conducono a morte per indebolimento ed essurimento, dipendenti dalla mancanza di un liquido indispensabile ai bisogni dell'organismo, ovvero, come crede qualche autore, per un'azione tossica mal definita dovuta a qualcuno dei diversi elementi della bile.

La progonsi, rimanendo sempre riservata per il pericolo del collasso iniziale, è meno grava di quanto si creda generalmente, sia perchè la guarigione spontanea, per quanto raramente, è stata osservata, sia per i progressi della chirurgia ad-

Rispetto alla cura delle lesioni traumatiche delle vie biliari, bisogna anzitutto rispondere al

quesito se si debba intervenire.

Vi sono dei casi in cui l'intervento è assolutamente indiscutibile: tutte le volt- che esiste una ferita delle pareti addominali, sia esea prodotta da uno strumento da puata o da taglio, ovvero da un proiettile, bisognerà praticare la laparotomia immediata; questa permetterà di rimediare ad una lesione delle, vie biliari, a se essa con esiste, avrà il grando vantaggio di rend re possibile la disiofezione della cavità addominale.

Quando esiste soltanto una contusione della parete addominale, senza lesione dei tegumenti,

molti autori consigliano di aspettare.

Se si pensa, che la diagnosi precoce di una ferita delle vie biliari è molto difficil. se non impossibile, e d'altra parte si ricorda, che la peritonite che segue, è limitata, non mortale, si potrà facilmente giudicare che l'intervento sarà più favorevole allorquando i sintomi acuti saranno spariti (Routier).

Ma non tutti dividono questa opinione.

Terrier ed Auvray (Revue de Chirurgie, 10 gennaio 1897) credono, invece, che la laparo tomia esplorativa precoce offra i più grandi vantaggi. Pur ammettendo che la peritonite, la quale succede al versamento delle bile, sia un processo limitato non mortale, tuttavia è altrettanto vero, che per molti, la bile in contatto con il peritoneo ha un'azione tossica. Dall'altro lato, la perdita della bile diviene la causa di uno stato d'indebolimento e di emaciazione, che riesce tosto di serio pericolo per la vita degli infermi, tanto più che spesso si è costretti tura, 12 volte segui la guarigione: la laparoto-

'a ricorrere più volte alla puntura, in seguito alla riproduzione incessante del liquido.

La maggior parte dei chirurgi, partigiani dello intervento tardivo, hanno ricorso, sia al metodo delle punture, sia alla laparotomia secondaria.

La puntura è stata adoperata da lunga pezza, e nell'epoca, in cui l'antisepsi era completamente ignota, spesso fu causa di accidenti settici, che condussero a morte gli operati.

La puntura permette lo svuotamento di quantità alle volte considerevoli di bile, ma non sempre una sola puntura è sufficiente per ottenere

la guarigione. Ed è per questa ragione, cioè per la riproduzione incessante del liquido, che spesso si è costretti a ricorrere alla laparotomia tardiva.

Se una puntura evacuatrice, ovvero semplicemente esploratrice, ha constatato la presenza della bile versatasi nella cavità del ventre, allora la operazione non consisterà, che in una semplice apertura della parete addominale, nel panto in cui l'ottusità rileverà la presenza della bile, e nella evacuazione del liquido che, secondo i casi, è più o meno abbondante. Ma se si interviene precocemente, allorche non c'è stato il tempo per la formazione della neo-membrana che racchiude la bile, allora le condizioni potranno essere di-

Se esiste una ferita della vescicola biliare, allora si può ricorrere alla colecistorrafia o alla colecistectomia, a seconda l'estensione della lesione.

La colecistorrafia è stata praticata con buon esito da Kehre Dalton nei 1892; la colecistectomia, invece non è stata fatta che una sola volta da Dixon.

Se la ferita ha sede sul canale cistico, conviene praticare dapprima la legatura del canale nel suo tratto periterico e poscia eseguire la colecistectomia. Non si può dire lo stesso per una lesione del canale epatico, giacch in questo caso la ferita è particolarmente grave, e non esiste altro mezzo, all'infuori di quello consigliato da Courvoisier, cioè il drenaggio temporaneo.

Nelle ferite del coledoco il mezzo più semplice, secondo Terrier ed Auvray, è quello di legare le due estremità del canale sezionato e praticare tosto la sutura della vescicola con l'intestino. Questa colecisto enterostomia, che nelle mani di un abile operatore da la garansia di un buon successo, permetterà alla bile di arrivare ancora nello intestino.

Allorquando, però, non esiste completa sezione del coledoco, si può praticare la semplice sutura, ma siccome questa, sempre difficile a fare, non può essere ermetica, così occorre praticare il fognamento e lo saffamento con la garsa jodoformizzata o sterilizzata.

Finora non si conoscono osservazioni in appoggio di questi processi, e per ciò rimangono puramente teorici, da applicarsi nei casi, in cui la laparotomia immediata avrà constatato l'esistenza di una ferita delle vie biliari.

Su 21 caso, in cui è stata praticata la pun-

mia secondaria è stata praticata 7 volte, e su questi casi si sono a vute: 4 guarigioni e 8 morti.

Soltanto due volte si è ricorso all'intervento immediato.

L'operato di Kehr avea ricevuto un colpo di revolver nell'addome.

Il chirurgo, intervenendo per estrarre il proiettile, trovò una ferita della vescicola, la quale fu suturata e l'infermo guari. Dal ton procedette alla laparotomia immediata per la fuoruscita dell'intestino a traverso una ferita della parete addominale, prodotta da un colpo di coltello; suturò una ferita della vescicola e l'ammalato guari.

Tanto nell'uno che nell'altro caso la guarigione avvenne rap damente.

Bentivegna

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEI PELLEGRIEI IN NAPOLI. — LAMNECTO-MIA DELLA QUARTA CERVICALE PER LESIO-NE VIOLENTA, pel dott. G. Sorge.

(Cont.- Vedi num. prec.)

Il caso clinico richiede delle considerazioni sopra diversi punti.

E volendo procedere con ordine mi propongo di studiare:

- a) il perchè dell'errore nella diagnosi di natura;
 - b) l'esattezza della diagnosi di sede;
 - c) il meccanismo di produzione della lesione;
- d) l'importanza della lesione in rapporto con la letteratura;
- e) la lamnectomia in rapporto con la letteratura;
 - f) l'operazione nel caso mio.

I^o) il perchè dell'errore della diagnosi di natura.

L'anatomia c'insegna che la colonna vertebrale nella sua porsione cervicale ci presenta la prima delle quattro incurvature, la quale è disposta in modo che la convessità corrisponde in avanti, la concavità in dietro. La convessità anteriore fatta dalla esatta sovrapposizione dei corpi vertebrali, a cui sono intercalati i relativi menischi fibro cartilaginei, si presenta uguale nella sua curva, si presenta uniforme, col massimo di sporgenza in corrispondenza della 4ª vertebra cervicale. La concavità posteriore, pur seguendo a grandi linee la curva anteriore, a cui si serba parallela, è meno uguale, è meno uniforme, e ciò naturalmente dipende dalla differenza sostanziale di forma fra i corpi e gli archi vertebrali; così che il mas-

simo di rientramento nella curvatura, pur corrispondendo alla stessa 4ª vertebra cervicale, è più accentuato di quel che non sia la corrispondente sporgenza nella curva anteriore. Da ciò deriva che fra tersa e quinta apofisi spinosa cervicale, esiste normalmente un certo grado di infossamento, in fondo al quale è posta, quasi intangibile dallo esterno, l'apofisi spinosa della 4ª vertebra.

Questa condizione anatomica per me rappresenta il sostrato, quasi la causa predisponente allo errore.

Su questo sostrato si sono disposti parecchi altri elementi. Ed innansi tutto bisogna tener conto della posizione in cui si poteva osservare l'infermo. Due infermieri lo sollevavano nella posizione semi seduta e lo reggevano in questa posizione, mentre un terso seguiva i due primi sorreggendo il capo, sensa farvi notevole trazione, ad evitare sofferenze e pericoli allo infermo. Da questa disposizione di cose derivava che mentre il tronco era spinto in alto, il capo si manteneva in flessione dorsale, e quindi accentuandosi la curva normale del collo, si accentuava il rientramento posteriore in corrispondenza della 4ª apofisi spinosa.

Aggiungasi a questi dati di fatto un'ipotesi. L' infermo riferi che, nel cadere, il collo era stato bruscamente flesso in avanti, al tempo stesso ch' egli aveva sentita una scricchiolata.

Ora il reperto operativo e più tardi il reperto necroscopico han dimostrato non vera la sensazione di scricchiolio perchè nessuna lezione si è riscontrata atta a produrre siffatto rumore come frattura, lussazione, rottura di un ligamento; possiamo dunque ritenere ugualmente infirmabile l' assicurazione fatta dall' infermo dell' avvenuta flessione anteriore. Ed io credo più probabile che si sia verificato proprio il contrario, cioè la brusca e forsata flessione posteriore del capo, o estensione che dir si voglis. Ammessa l'iperestensione, se non si è riscontrata rottura dei ligamenti anteriori, bisogna d'altra parte ammettere che questi ligamenti sieno stati distesi; e mentre questa distensione dei ligamenti costituisce un fatto che neppure l'autopsia può rilevare, costituisce altresi un coefficiente dell'accentuata curvatura normale del collo e quindi un altro dato capace di aumentare l'infossamento in corrispondenza della 4ª apofisi spinosa.

Finalmente bisogna tener conto di un altro dato di fatto, ed è che la sintomatologia faceva ammettere una lesione del midollo, proprio al punto dove si notava l'infossamento, per criteri che di qui a poco esplicherò. E questa diagnosi di sede non era certamente fatta per toglier peso ai sintomi che si credeva di osservare in quella stessa sede della teca ossea.

Queste considerazioni potranno sembrare improntate a soverchia buona volontà di giustificare l'errore, ma d'altronde io non posso ammettere che otto o dieci chirurgi, fra cui vecchi e sperimentati clinici, si fossero insieme a me tutti gratuitamente ingannati, come non posso ammettere che il Perrotta destinato a subire una lesione del midollo cervicale avesse presentato proprio in quella sede una speciale configurazione per fatto congenito. Sarebbero, queste, ipotesi possibili si, ma non probabili, meno probabili ancora di quelle da me poste innanzi.

II) diagnosi di sede.

Questa in generale è facile, perchè nettamente indicata dai dati della fisiologia. La paralisi degli arti toracici ed addominali, totale per la motilità, la paralisi dei muscoli intercostali, l'integrità della funzione dal diaframma, erano già fatti sufficienti per dimostrare la sede della lesione del midollo al disotto della 8ª vertebra cervicale.

La mancansa di paralisi totale di senso negli arti superiori, non era tale fatto da infirmare questo concetto diagnostico.

Ma se questo avesse avuto bisogno di ulteriore conferma, sarebbe bastato tener presenti altri due fatti caratteristici dei traumatismi della regione cervicale, cieè la turgescenza dell'asta, benchè appena accennata, ed i disordini oculopupillari sotto forma di miosi.

I disordini vasomotori dei corpi cavernosi, che possono andare fino al completo priapismo ed alla ejaculazione quando la lesione midollare è posta più in alto, sono di antica nozione.

I disordini oculo-pupillari dovuti ad una lesione del midollo, segnalati dal Brodie fin dal 1828, furono per molto tempo non riconosciuti, finchè Ogle in uno speciale lavoro (1) attirò l'attenzione su di essi e più tardi di Rendu (2) raccolse 18 osservazioni nelle quali furono notati disturbi oculo-pupillari in segnito a traumatismi del midollo. Ora osservasi la contrazione della purilla, ora la dilatazione; ma è più fre-

(1) Medico. Chir. Transact. 1858, t. 41, pag. 898.

quente la miosi. Sui 18 casi di Rendu in 14 fu notata la contrazione.

Nel caso mio v' era appunto miosi.

III) meccanismo di produzione della lesione midollare.

Clinicamente pareva facile spiegarsi che avvenuta la frattura della lamina della 4ª vertebra cervicale per strappamento fatto dai ligamenti se v' era stata iperfiessione del collo, oppure per schiacciamento se vi era stata nella caduta l' i-perestensione del collo, i frammenti della frattura infossati, esercitassero compressione sul midollo. Ed era anche facile pensare che forse la compressione non era fatta soltanto dai frammenti ma anche da un focolaio di ematorrachia, e che la lesione non consisteva soltanto nella compressione, ma v' era anche contusione e forse lacerazione parziale del midollo.

Ma pei dati forniti dalla autopsia bisogna escludere ogni azione della teca ossea nella produzione della lesione midollare riscontrata, che ho già detta essere una vera ematomielia tubulare.

Ed infatti non sispiegherebbe altrimenti l'integrità delle meningi e della sostanza esterna del midollo, integrità almeno grossolana.

Non può neanche invocarsi l'iperflessione o l'iperestensione della colonna vertebrale come agente produttore della lesione, sia perchè è risaputo che il midollo non giace a contatto immediato con la teca ossea, ma è da essa separato intorno intorno da un messo liquido, spostabile, che gli impedisce di risentire gli effetti dell'accentuazione delle curve normali, sia perchè col meccanismo dello stiramento si sarebbe dovuta avere la lacerazione trasversale più o meno completa del midollo e non un focolaio ematomielitico centrale, con integrità macroscopica degli strati esterni.

Non rimane adunque che invocare la commozione, lo scuotimento cioè ricevuto dal contenuto cranico per l'urto contro il suolo e da esso trasmesso all'asse spinale. Questo scuotimento si sarebbe trasmesso ugualmente a tutto l'asse spinale, arrecando minor danno appunto perchè distribuito su più lunga estensione, ed arrecandolo a preferenza alla estrema porzione del midollo. Ma la brusca e forzata inflessione della colonna vertebrale cervicale dovette, secondo me, arrestare la trasmissione dello scuotimento, onde esso estinse tutta la sua azione nella porzione cervicale del midollo. Di cui la sostanza bianca fatta di fibre, più resistente, potetta mantenersi, in te-

⁽²⁾ G. Rendu. Des troubles fonctionnels du grand sympatique dans les plaies de la moèlle. «Arch. gèner. de Mèd.» » settembre 1839.

gra almeno fino al punto da non mostrare grossolane alterazioni, mentre la sostanza grigia, meno resistente, più ricca di vasi, ne risenti maggior danno, onde rottura di vasi, ematomielia, e quei fatti di distruzione rivelati dall'analisi microscopica.

(continua)

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. Accademia di Medicina di Torine. - Nuovo metodo per le saffamento della savità nasale con la garza. - Sulla endoscopia nasale.-Società imperiale dei medici di Vienna.

B. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO Presidente M o.

Tornata del 6 febbraio 1897.

Bizzozzero a nome dei dottori Fumagalli e Alfieri, riferisce di un lavoro come contributo al parasitismo dei tumori: i detti autori trovarono in un tumoretto della congiuntiva bulbare e propriamente nel connettivo interetiziale, dei corpi che ricordano i blastomiceti, osservati nei sarcomi.

Sulla percezione della direzione del sueni. Luzzati stabilita anzitutto la distinzione fra il caso in cui si ha l'audizione biauricolare, e la monoauricolare, viene alle seguenti conclusioni:

1º data l'audisione biauricolare, la localissazione di un suono si fa sempre dal lato corrispondente all'orecchio in cui la percesione è più forte, anche quando il suono non è realmente da quel lato;

2º data l'audizione mono-auricolare, la variazioni individuali sono grandissime, tantochè si può concludere che un vero suono direzionale non esiste. La direzione anteriore è quella in cui si commettono gli errori più frequenti di localizzazione; viene quindi l'inf-riore. In alcuni casi si potè dimostrare una specie di fatica. In complesso conclude che la nozione della direzione dei suoni non è una sensazione semplice, ma risulta da un giudizio comparativo inavvertito che stabilisce la posizione dell'orecchio in cui si ha il maximum dell'intensità della percezione.

Muevo metede per le zaffamente della cavità nasale cen la garza. Dionisio. — Atto zaffamento delle retrofosse nasali con un batuffolo di gerza introdotto mediante la sonda di Bellocq si ricorreva alcuni anni or sono in tutte le rinorragie gravi, ribelli agli ordinari metodi blandi di cura (irrigazioni fredde, calde, con soluzioni astringenti, ecc.).

Oggigiorno le idee in proposito sono alquanto modificate; essendo note le molestie ed i pericoli di otiti medie, ai quali si espone il paziente con lo zaffamento delle coane, questo metodo viene applicato in pochissimi casi, quando cioè si tratti di arrestare un'emorragia, che si origina realmente dalle retrofosse.

Quando invece l'emorragia si produce in un punto qualsiasi delle cavità nasali, si ricorre allo zaffamento mediano, cicè allo zaffamento con garza, di tutta la cavità, od all'introduzione di un sacco di gomma, che gonfiato con aria od acqua esercita una pr. ssione sulla mucosa ed occlude l'apertura della narice e della coana.

In una tornata del 1890 ed in un'altra del 1894, l'oratore ha comunicato all'Accademia i risultati delle sue esp: rienze sul cadavere e sul vivo che lo condusero ad alcune modificazioni di tali apparecchi, onde renderli di applicazione più facile e sicura.

Lo zaffamento con sacchi pneumatici, presenta dei vanteggi notevoli sugli altri metodi, nei casi di emorragie accidentali. Quando si tratta di emorragie consecutive ad atti operativi è preferibile ricorrere allo zaffamento con garza, perchè questa, oltre all'agire meccanicamente come mazzo emostatico, serve pure pel suo potere assorbente a rimuovere le secresioni nasali. Tale metodo produce notevoli molestie ai pazienti, i quali sono concordi nell'asserire che più degli atti operativi riesce doloroso il soggiorno prolungato per 24 o 48 ore della garza nel naso, sia per la pressione che questa esercita, sia per la mancanza della respirazione nasale.

Onde ovviare a questi inconvenienti, l'oratore pensò d'introdurre invece del batuffolo di garsa, un tubo di gomma elastica del diametro di 8 mm. per gli adulti, avvolto da uno strato di garsa.

Per rendere facile tale manovra l'oratore distende fortemente il tubo di gomma su di un mandrino di acciaio introdotto nell'interno del tubo in modo che questo assume lo spessore di 8 mm., lo ravvolge di uno strato di garza e lo introduce nella cavità nasale fino alle retrofosse; togliendo il mandrino, il tubo riassume il diametro primitivo e comprime la garza contro la mucosa.

L'oratore ha sperimentato questo procedimento in trenta casi circa, dopo operazioni di varia natura (resezioni di spine del setto, di turbinati, asportazione di polipi, ecc.) con grande sollievo dei pazienti, perchè la pressione della garza determinata dall'elasticità del tubo è meno molesta e perchè a traverso il tubo è possibile una discreta respirazione.

Sulla endescepia nasale. Dieniele. — I metodi di cui attualmente disponiamo non ci permettono un esame di tutta la cavità nasale, perchè la regione più alta del naso ed in ispecial modo le aperture delle cavità accessorie, o non sono accessibili con la rinoscopia anteriore e posteriore o solo in modo incompleto.

Già Voltolini, dieci anni or sono, aveva cercato di aumentare la potensialità dei nostri messi d'indagine con la rinoscopia moderna, praticata a messo di tubi di vario diametro, da 8 a 6 mm., i quali avevano ad un'estremità uno specchietto inclinato di 45 sull'asse corrispondente ad una piccola finestra laterale del tubo.

Introducendo lo speculum nella cavità nasale e projettando in esso una luce intensa si otteneva sullo specchio l'immagine di una zona di mucosa corrispondente alla sesione dello speculum (8-6 mm. di diametro).

Questo metodo non incontrò favore, perchè la superficie di mucosa che si può esaminare è troppo ristretta e perchè riesce difficile una illuminazione conveniente, non potendosi avere sempre a disposizione la luce solare.

Per tali ragioni l'oratere ha pensato di seguire per la rinoscopia media la stessa via tenuta da Nitze per la cistoscopia e da Miculiks per la ga-

stroscopia.

L'endoscopio nasale è identico nei suoi principi ottici al cistoscopio, solo la forma e le dimensioni sono diverse in rapporto al nuovo scopo.

Esso consta di un tubolietto di 5 mm. di viametro, di 16 cent. di lunghessa; ad un'estremità è collocata la lampadina elettrica, in vicinansa di questa trovasi il prisma; poscia un sistema di lenti per l'ingrandimento del campo che termina all'altra estremità con un oculare.

Introducendo lo strumento nelle cavità nasali, si possono ottenere delle immagini nette dell'apertura della tuba eustachiana e di parti della cavità nasale non accessibili con la rinoscopia ordinaria, come dimostrerà in un pasiente affetto da osena, in via di guarigione, il quale avendo una notevole atrofia dei turbinati si presta molto bene a questo modo di esame.

Onde evitare un soverchio riscaldamento della lampadina, conviene, tratto tratto, ogni venti secondi, interrompere la corrente elettrica.

Sarebbe desiderabile per molti casi un endoscopio più esile; purtroppo difficoltà tecniche non hanno permesso alla casa Hirschmann di Berlino, alla quale l'oratore si è rivolto, ottenere un calibro inferiore ai 5 mm.

L'oratore spera di poter presto presentare ail'Accademia la fotografia delle diverse immagini endoscopiche delle cavità nasali e della tuba eustachiana. *Fornaca*

SOCIETÀ IMPERIALE DEI MEDICI IN VIENNA

Tornata del 29 gennaio 1897.

Neumann presenta una donna con Pemphigus vegetans, L'affesione ha sede nei genitali esterni e si differenzia dal tipo ordinario, perchè si presenta in forma di condilomi acuminati vicini gli uni agli altri e numerosi. L'oratore che prima credeva infausta la prognosi del pemfigo vegetante, ritiene ora, che quelle forme che si accompagnano con proliferazioni secche, permettono una durata più lunga della vita.

Ewald presenta un ragazzo, operato per ectopia della vescica secondo il metodo di Naydl modificato dall'oratore. Questa modificazione consiste nel non tagliare completamente la vescica, e nel conservare il lembo peritoneale, cho copre la medesima.

La guarigione della ferita avviene in 14 giorni. Il ragazzo può adesso, tre mesi dopo l'operazione, tenere l'urina in vescica per 6-8 ore. Nessun sintoma ha presentato l'operato da parte dell' intestino o dei reni.

Kolischer discute un caso di papillomi dell'orificio interno dell'uretra, guarito coll'operazione endovescicale. Clinicamente presentava il caso, riguardante una donna, dei dolori, che insorgevano dopo la minsione, con il cistoscopio furono osservati all'orificio interno dell'uretra quattro escrescense fine, a forma di foglia, trasparenti, che furono tagliate e cauterissate.

Granfeld ricorda, che egli avea operato e pub-

blicato casi simili pochi anni innanzi.

Kollscher ritiene, che tali formazioni di papillomi, come nel suo caso, non sono stati ancora descritti, e che tale operazione, con lo strumento da lui sdoperato, non era stata eseguita sinora in Vienna.

Grassberger dimostra il preparato di un caso di formazione multipla di diverticoli del tratto in testinale con contemporanea formazione di ulcer nello stomaco, 'le quali causarono una perfora sione mortale.

Frankel e Spiegier fanno una comunicazione preventiva concernente l'esame dell'urina nella morte da scottature.

Già prima avevano gli oratori mostrato, che la presenza di una base di piridina nell'urina degli scottati, indicava, che l'albumina veniva distrutta in grande quantità.

Ulteriormonte poi fu stabilito, che nelle scottature a decorso letale si possono dimostrare altri prodotti della decomposizione dell'albumina cioè oltre alla suddetta base di piridina un idrato di carbonio, il quale non è fermentabile e possibilmente è otticamente inattivo e riduce fortemente le soluzioni alcaline di rame; inoltre una sostanza che contiene molto piombo.

Nessuna di queste sostanze può essere senz'altro riguardata come veleno; esse sono esclusivamente dei prodotti, che indicano un grande síacelo d'aibumina ed è assai possibile, che in altri processi patologici che si accompagnano ad estesa distruzione dei tessuti, si trovino anche tali sostanze.

La morte può avvenire perchè in questo sfacelo dell'albumina originano gruppi velenosi, e non è necessario, che il veleno si trovi nell'urina ma anche può bastare la pronta e colossale decomposizione dell'albumina per indurre la morte.

RIVISTA DI CLINICA

Ospedale della Carità di Parigi (prof. Potain). Disturbi gastrici dell'inizio della tubercelesi.

L'inferma che oggi vi presento, è entrata nella nostra Clinica da alcuni giorni, affetta da do_ lori gastrici e da grande debolezza.

Essa ci disse che, già da un certo tempo, la ingestione dei cibi provocava nel suo stomac forti bruciori, per lo più seguiti, qualche tempo depo, da vomiti. I dolori non si calmavano che in capo ad una o due ore, oppure dopo i vomiti, per ricomparire al pasto seguente.

L'inferma avea perduto l'appetito, quasi intieramente. Per la debolessa proveniente dalla mancansa d'alimentazione, essa ha dovuto abbandonare il lavoro e ricoverarsi nell'ospedale.

Esaminando l' inferma, abbiamo trovato, alla percussione della regione gastrica, una sonorità alquanto esagerata; abbiamo potuto, inoltre, provocare il caratteristico rumore di guassamento che indica la presensa di liquido nello stomaco; ma tale guassamento è poco considerevole, nè la regione gastrica presenta alcuna tumidessa: la quantità di liquido contenuta nello stomaco non è assai grande; tuttavia essa ci indica un certo grado d'inersia ed atonia gastrica.

La percussione della parte sinistra del torace dà risonanza normale,

A destra, invece, quando per la prima volta esaminammo l'inferma, la tonalità era molto più alta: nella parte inferiore della fossa sottospinosa deetra, trovavasi un notevole aumento di sonorità.

All'ascoltazione della parte destra, si constatava un affievolimento del mormorio vescicolare; espirazione alquanto prolungata; assenza di rantoli.

Vibrazioni toraciche esagerate a destra.

Riassumendo: notevole condensasione della parte supero-posteriore del polmone destro.

Restava però a sapersi, se la condensazione fosse di natura scierotica o congestiva. Ad ogni modo essa doveva ritenersi d'origine tubercolare, per le seguenti ragioni. Cinque anni addiatro, l'inferma incominciò a provare una certa oppressione al petto, accompagnata da tosse, ed inoltre ebbe un' emottisi piuttosto abbondante, per la quale stette tre mesi all'ospedale.

In seguito, le condizioni generali si sono ristabilite, e l'inferma è stata piuttosto bene, sino al principio degli attuali disturbi. Senza alcun dubbio,
esiste una relazione tra le accennate lesioni dei
polmoni e la condensazione da noi osservata. Potrà bensi sembrarvi strano, che in questi cinque
anni l'inferma abbia potuto godere d'una discreta
salute, e che non si sia prodotto alcun focolaio
di rammollimento del tessuto polmonare affetto.

Ma nella tubercolosi questi lunghi periodi di sosta non sono punto un fatto straordinario.

· Dopo il nostro primo esame — insufficiente a

rivelarci la vera natura della condensazione polmenare —, n i dovemmo dire: se si tratta di fenomeni congestivi, essi scompariranno assai facilmente; ce invece si tratta di sclerosi, s'intende bene che i fenomeni osservati non potranno scomparire.

Or bene: in tre giorni, gli accennati segni di condensazione polmonare sono quasi scomparsi; attualmente la subottusità è leggiera; l'inspirazione e l'espirazione son diventate pressochè normali. Dobbiamo per ciò conchiudere, che la condensazione era dovuta ad una congestione polmonare, la quale certamente sta in intimi rapporti con la tubercolosi — ancora iniziale, e quasi latente — che esiste nella nostra inferma.

Ma che dobbiamo pensare dei fenomeni gastrici presentati dalla paziente? È indubitato che questi fenomeni possono benissimo esistere in individui perfettamente immuni da tubercolosi, ma nel nostro caso abbiamo buone ragioni per ritenere che esiste un intimo nesso tra la tubercolosi iniziale e i fenomeni gastrici.

I disordini dispepsici sono abbastanza frequenti nei tubercolotici; ma, oltre alla forma tardiva — la più nota — di tali disturbi, si ha una forma precoce, che offre caratteri abbastanza speciali. Gli infermi presentano anoressia, dolori gastrici provocati dall'ingestione degli alimenti, vomito producentesi non già subito dopo il pasto (come nell'ulcera rotonda), ma qualche tempo dopo, dolore urente irradiantesi verso l'ipocondrio sinistro. I parosismi gastralgici sono sempre provocati dall'ingestione degli alimenti, e si producono da un quarto d'ora a mess' ora dopo tale ingestione.

Inoltre si ha flatulensa, come pure rigurgiti di liquido acido durante la digestione. Infine, la ingestione degli alimenti provoca una tosse ostinata, la quale talvolta non cessa, se non dopo ripetuti vomiti.

Questi non sono preceduti da nausee.

Questa sindrome: dolori, vomiti senza nausee, tosse, è molto caratteristica dei disordini gastrici della tubercolosi incipiente. Molte volte si ha pure un certo grado di gastrectasia. Malgrado tali sintomi, la lingua è generalmente buona. Non esiste diarres, anzi v'è piuttosto tendenza alla costipazione.

Gli accennati disordini gastrici si mostrano, talvolta, come un prodromo della tubercolosi, e possono farne sospettare l'esistenza.

Essi tuttavia, non esistono costantemente, nel-

l'inizio della tubercolosi, la loro frequenza è però notevole, ed io li ho osservati in 21 su 84 casi di tubercolosi incipiente.

Bisogna poi notare che i detti fenomeni, dopo un certo tempo, scompaiono: nel secondo stadio della tubercolosi, non esiste più, in generale, alcuna traccia di essi; ed è per ciò che i medesimi sfuggono facilmente all'osservazione del medico, giacche spesso questo non vien consultato dallo infermo, se non quando la tebercolosi ha già oltrepassato il suo stadio iniziale. Tuttavia i disordini gastrici iniziali possono continuarsi sino alla morte nei casi di tubercolosi ad evoluzione assai rapida.

. Negli ultimi periodi della tubercolosi polmonare produconsi disordini gastro-enterici, i quali
differiscono notevolmente da quelli suaccennati.
Si hanno vomiti, ma accompagnati da nausee.
Insieme con gli alimenti, viene espulso un liquido acquoso, non acido, misto a muco gastrico,
mentre i vomiti dell'inizio della tubercolosi sono
costituiti in parte da un liquido molto acido. La
lingua è rossa; spessissimo si ha diarrea.

Non v'ha dubbio che i fenomeni gastrici della fine della tubercolosi sono l'espressione d'una gastrite. Invece, l'esistenza d'una condizione catarrale è molto dubbia nello stadio iniziale. Ad ogui modo, tale catarro, ove esistesse, non sarebbe mai il principio della gastrite finale della tubercolosi.

Marfan fa dipendere i disordini gastrici iniziali dall'anemia che spesso esiste in tali infermi. Noi vediamo però che i descritti fatti morbosi non si producono nell'anemia semplice, e per ciò non ci sembra ammissibile l'accennata opinione. E' più probabile che i sintomi gastrici dell'inizio della tubercolosi siano d'origine riflessa ed abbiano il loro punto di partenza da fatti irritativi producentisi nel polmoni.

Qual cura bisogna instituire nei casi di cui discorriamo?

Ansitutto bisognerà soddisfare, quanto meglio è possibile, alle indicazioni derivanti dall'origine tubercolare dell'affezione. Ma non m' intratterrò su tal punto, perchè non è qui il caso di parlare della terapia della tubercolosi.

Per combattere i disordini gastrici, occorre risvegliare l'attività dello stomaco. A tal uopo si prescriveranno gli amari, quali la genziana, il rabarbaro, il colombo, e specialmente la noce vomica.

L'acido cloridrico potrà anch'esso essere utile in molti casi, ma non bisognerà abusarne: basterà il far prendere due o tre gocce d'acido cloridrico efficinale dopo ogni pasto.

Si è pure consigliata l'acqua di Vichy o l'uso d'altre acque alcaline, quantunque, a prima vista, tale prescrizione possa sembrare illogica, essendochè negli infermi di cui discorriamo s'è spesso constatato un certo grado d'ipocloridria. Si rifletta però che gli alcalini, se dapprima saturano l'acidità del succo gastrico, in secondo tempo eccitano la secrezione cloridrica. E per ciò, in questi casi, è opportuno amministrare le acque alcaline prima dei pasti.

La morfina si userà vantaggiosamente per calmare i dolori; ma in vista del pericolo dell'assuefazione, si preferirà darla internamente, anzichè per iniezione. La si potrà dare, a mo' d'esempio, insieme con la tintura di genziana o di noce vomica. Utile può anche riuscire il laudano o l'acqua cloroformizzata.

Quando i vomiti sono incessanti, si trova spesso assai vantaggioso d'introdurre gli alimenti con la sonda, giacchè molte volte può constatarsi, non senza una certa meraviglia, che i cibi introdotti con la sonda vengono perfettamente tollerati, mentre sono costantemente rigettati quelli, che sono introdotti naturalmente.

L'alimentazione dovrà essere sorvegliata e regolata. La dieta non dovrà essere esclusivamente
animale, per non fare perdere all'infermo le sue
riserve di grasso. Il vino e la birra sono poco
opportuni, perchè sogliono provocare rigurgiti
acidi. Ad essi potrà sostituirsi il thè (La Tribune mèdicale, 8 febbraio 1897).

Loddo

RASSEGNA DELLA STAMPA

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Assenza congenita dei petterali. Azam e Casteret medici aiutanti maggiori nell' esercito francese, hanno avuto occasione di osservare, durante lo arruclamento dello scorso anno, due casi rari di anomalia anatomica.

In uno degli arruolati i pettorali mancavano in parte, nell'altro non ve ne era punto traccia.

Nella letteratura medica questi casi di anomalia dei pettorali si contano. Il Testut nel suo libro « Sulle anomalie dei muscoli» publicato nel 1896, ne ha raggruppato solo 24 casi, togliendoli dalla letteratura medica di tutti i paesi. È i e der porta questa cifra a 80 ed Overweeg ne aggiunse un altro, esservato in un giovane coscritto.

L'assenza totale o parziale dei muscoli pet-

torali spinge a considerazioni di ordine anatomico e fisiologico.

Nei casi riportati dagli autori, dal punto di vista anatomico si notava: sderenza più intima della cute allo scheletro, scarsezza di peli. Il deltoide era ipertrofico nella sua porzione anteriore; così pure il gran dorsale.

Nel 1º individuo la gabbia toracica era bossuta; nel 2º lo erano solo le cartilagini costali.

Come spiegare questa deformazione?

Nel feto, la gabbia toracica è sviluppata maggiormente nel senso antero-posteriore, nell'adolescente è rosondeggiante; nello adulto schiacciata nel senso antero-posteriore.

Dunque, il diametro massimo varia con l'età.

Sotto quale influenza?

Considerati nel loro assieme, i muscoli pettorali e dorsali formano come due cinture (anteriore l'una, posteriore l'altra) i cui estremi si

attaccano alle braccia.

Ogni qual volta queste si muovono, le 2 cinture si contraggono e tendono a ravvicinarsi, e per conseguenza il torace si appiattisce. Il torace, adunque, è impedito nel suo sviluppo anteroposteriore. Al contrario, poiché lateralmente non vi è ostacolo alcuno, il torace si espande e si dilata a dritta ed a sinistra. Così a poco a poco, con l'età, il torace assume una forma ovalare ad asso massimo trasversale.

Ors, suppongasi che questa cintura da un lato esista e dall'altro manchi, è evidente che da un lato (ove esistono i muscoli) dovrà aversi appiattimento del torace e dall'altro, questo si svilupperà di più nel senso antero-posteriore.

La gabbia toracica non sarà più compressa in questo punto; essa cederà in questo segmento dietro la spinta del polmone, perfettamente come accade nello enfisema.

Con questo meccanismo possono spiegarsi le convessità che presentavano i toraci dei 2 giovani osservati dagli autori.

Nel secondo infermo la convessità esisteva a

livello delle cartilagini costali.

Perchè ciò?

In seguito all'appiattimento della cassa toracica nella regione ascellare, il polmone sinistro non potè svilupparsi nel senso laterale ed allora si è esteso verso il davanti ed ha spinto il cuore verso la linea mediana; questo a sua volta, dovendo trovare il suo posto fece protrudere in avanti le cartilagini costali.

Dal punto di vista fisiologico, l'assenza parsiale o totale dei muscoli pettorali non pare causa di disturbi seri per la funzionalità degli arti.

La porsione clavicolare del deltoide ed il grandorsale si dividono la funzione dei pettorali; solamente il braccio ha minore forsa,

Da ciò gli autori deducono che, in caso di tumori maligni del seno (scirri, ecc.), per mag-giore sicuressa, si può impunemente asportare exiandia, in parte o tutto, il muscolo sottostante.

In fatti dalle statistiche di Halstedt (di Baltimora) risulta che operando in tal guisa e di dormire a bocca chiusa, russare, ecc.

si hanno risultati sorprendenti. Lo stesso H a lstedt su 50 casi ebbe solo 8 recidive!

Quanto ad eticlogia, i due individui osservati da Asam e Casteret, non mostravano cosa alcuna che potesse fare attribuire la mancanza dei pettorali ad un processo patologico; non traumi, non paralisi infantile.

E quindi non rimane altra ipotesi che quella

di una anomalia congenite.

In uno dei due individui, il grande pettorale di sinistra era diviso in due parti; nell'altro poterono notarsi due piccole mammelle soprannumerarie sull'addome. Questi sono fatti di ordine teratologico e quindi pare che anche l'assenza dei pettorali (totale o parsiale) appartenga alla teratologia (La Presse medicale, 8 febbraio 1897).

Nacciarone

PEDIATRIA

li catarre nase-faringes nel bambini. Comby. Il catarro naso-faringeo è comunissimo nei fanciulli fra i 2 ed i 5 o 6 anni; ma esse può osservarsi anche prima di questa età, nei poppanti di 12 a 15 mesi.

In una bambina di questa età, osservata dallo autore, il catarro era tanto abbondante che il laringe era ostruito a simulava un croup.

Questo pseudo-croup cedette rapidamente alle irrigazioni della gola ed allo scovolamento delle coane.

Le manifestazioni del catarro naso-faringeo sono più frequenti e più penose in inverno chein estate; i raffreddori, i volgari reumatismi, così frequenti durante la cattiva stagione, spesso terminano con un catarro naso-faringeo.

La corissa acuta o cronica spesso precede una faringite. Un naso mal conformato, un setto deviato, un' ipertrofia della mucosa pituitaria, ecc., sono cause spesso constatate. Talvolta la sfilide ereditaria ne è cagione.

I polipi naso-faringei, le vegetazioni adenoidi, tutti i tumori delle fosse nasali o del faringe inducono quasi fatalmente il catarro della mucosa.

Finalmente bisogna tener molto conto dei temperamenti linfatici; i gangli sottocutanei di questi individui sono grossi, i muscoli sono pieni di linfa, i loro organi linfoidi (amigdale, follicoli chiusi) sono ipertrofici.

La mucosa che riveste e ravvolge questi ammassi di tessuto adenoide è anch'essa inspessita, molle e facilmente inflammabile. Il catarro nasofaringeo è dunque l'attributo dei bambini linfatici, ma tutte la cause ereditarie od acquisite l'irritazione locale del naso e della retrobocca bastano a produrlo.

I sintomi del catarro naso-faringeo sono di 2 ordini, o almeno colpiscono due organi differenti. benchè finitimi, cioè il naso e la gola.

Da parte del naso si trovano i sintomi più o meno spiccati di una corissa. Segni di ostruzione incompleta, starnuto, difficoltà di respirare Talvolta v' ha uno scolo esterno (corizza anteriore), talvolta il secreto (corizza posteriore) esce fuori per la cavità posteriore del naso.

Per conoscere la presenza della corizza posteriore, basta fare aprire la bocca ed abbassare la lingua; si scorge allora il faringe tappezzato di mucosità purulente, le quali scendendo dalla retrocavità delle fosse nasali, arrivano sull'epiglottide, sulle pliche ari-epiglottiche, ecc. stimolandole.

Si spiegano allora i sintomi faringei, la tosse più o meno stizzosa, a seconda la quantità di muco accumulatosi nel faringe ed a seconda della

posisione che prende il bambino.

Quando il bambino dorme, il secreto si accumula, ma al suo svegliarsi prendendo la posizione seduta od eretta (oppure quando il secreto è abbondantissimo) si hanno accessi di tosse spasmodica, dovuta allo smuoversi ed alla discesa del muco.

Se si ascolta sul torsae, non rantoli, non soffi, nulla che possa far pensare ad una lesione

polmonale; quindi la diagnosi è facile.

L'evoluzione del catarro naso faringeo si accosta più al cronico che all'acuto. I fanciulli tossiscono per settimane e mesi. Se sono curati bene, con una cura locale, si ottiene un'attenuazione, una guarigione temporanea, ma le recidive sono frequenti.

Il più lieve raffreddore provoca il catarro su

questo terreno favorevole.

Dopo tutto, poi, la prognosi non è grave.

Anche non curato o sconosciuto, esso poco si presta a complicanze, ad infesioni secondarie. Quel che può temersi, è l'otite media per propagazione dalla tromba di E u s t a c h i o o pure la laringite stridula, la bronchite, la bronco-polmonite alla quale complicanza sono poco esposti.

In somma il catarro naso-faringeo è una ma-

lattia tenace ma benigna.

La diagnosi è poggiata sullo esame obiettivo. Escluso il polmone come causa della tosse accessionale, bisogna pensare al naso ed alla gola, ed allora, osservando col rinoscopio e col laringoscopio, od anche ad occhio nudo, si potranno valutare le lesioni ivi esistenti.

Quando le tonsille si presentano ingrossate o fungose, quando esistono granulazioni faringee, la mucosa è rossa e tumida; quando si vede uno scolo mucoso nella retro-bocca, la condotta del medico è ben delineata.

La cura deve essere generale e locale.

Con la prima (olio di fegato di merluzzo, sciroppo jodo-tannico, buona vittitazione, buona aria e sole) si miglioreranno le condizioni della resistenza organica dei bambini.

Con la cura locale, poi, si curerà l'affesione in atto; quindi, vaporizsazioni, polverizzazioni con acqua borica ripetute più volte nel corso della giornata, applicazione nelle fosse nasali di vaselina borica; in una parola si curerà la nettezza e l'antisepsi delle cavità.

Molto efficace si è dimostrata l'instillazione di una o due gocce di olio mentolato in ciascuna narice del bambino, tenendone il capo arrovesciato allo indietro. La prescrizione per quest'olio sarà:

Olio di mandorle doloi gr. 10 Mentolo . c 0,25

La medicatura può ripetersi al mattino ed alla sera.

Quanto al 'aringe, possono bastare le polveriszazioni boricate, oppure si faranno irrigazioni ripetute; buone ancora sono le pennellazioni con tintura di jodo pura od allungata.

Però la cura del naso deve essere più scrupolosa e posta in prima linea (La Mèdecine mo-

dèrne, 8 febbraio 1897).

Nacciarone

Sull'esteemielite dell'isfanzia. Norbert Sweboda.—
Dall'osservazione dei casi sinora pubblicati di osteomielite nell'infanzia (Senn, Kormann, Guilloud, A. Steiner, Lindemann, Ollier, Otte, Soltmann) risulta, che il decorso clinico è contradistinto dai seguenti fatti:
1º focolai ossei multipli; 2º frequenza del distanco delle epifisi; 8º frequente compartecipazione delle articolazioni; 4º decorso acuto e per lo più mortale.

Nella diagnosi differenziale devono considerarsi, nell'infanzia, due specie di affezioni ossee, la

sifilitica e la tubercolare.

Nel caso di osteomielite sifilitica, la diagnosi è facilitata dalla comparsa di altri sintomi specifici, e dalla presensa di lue nei genitori.

Il carattere tubercolare dell'osteomielite nella infanzia è contrassegnato dall'insorgere della malattia con sintomi febbrili acuti, e dalla guarigione che si ottiene dopo l'apertura del focolaio osseo.

L'autore comunica un caso di osteomielite della tibis, riguardante un bambino dell'età di 4 mesi.

In questo caso fu degno di nota l'influenza che questa malattia esercitò sull'accrescimento dell'osso ammalato.

L'autore potè constatare dopo 2 1₁2 mesi un accorciamento dell'arto di più di 1 cm., il quale finita la suppurazione, fu perfottamente compensato.

In questo caso si notò ancora che la madre del bambino dopo alcuni giorni ammalò di reumatismo articolare acuto, e l'autore pensa così di poter stabilire, che le due malattie, tanto quella della madre che quella del bambino, potessero riferirsi agli stessi germi infettivi i quali furono ricevuti dal bambino col latte (Wiener klinische Wochenschrift, n. 4, 1897).

Scagliosi

PRATICA CHIRURGICA

Varietà nell'estensione e nel temps di fermazione delle raccolte dipendenti da appendicite. Barker.— Tra i vari problemi che ci presentano le appendiciti, ha grande importanza la determinazione del tempo, che può essere necessario per la formasione d'una raccolta di materiale flogistico in-

torno all'organo ammalato.

L'autore, il quale, negli ultimi anni ha avuto occasione di studiare un gran numero di casi di appendicite, crede che i medesimi possano dividersi in tre categorie, cioè anzitutto quelli, nei quali la perforazione dell'appendice vermiforme determina una peritonite piò o meno diffusa; in secondo luogo quelli, nei quali si forma un ascesso ben definito, che, praticamente, può considerarsi come estra-peritoneale; e infine quei casi, nei quali non si forma alcuna raccolta al difuori dell'appendice inflammata.

Questa terza categoria non ha alcuna importanza, relativamente al nostro soggetto e per ciò

non la prenderemo in considerazione.

Quanto alla prima categoria, essa, alla sua volta, comprende due classi di casi, cioè quelli nei quali l'infiammazione settica è estesa all'intiera cavità peritoneale, e quelli nei quali l'infiammazione, benchè molto estesa, si limita ad una parte del cavo peritoneale, mentre la parte restante rimane più o meno illesa.

Anche le seconda categoria ammette una divisione, a seconda della diversa sede dell' ascesso: questo, difatti, beachè perfettamente isolato dalla cavità peritoneale, può esser situato nello interno di essa, tra gli intestini, mentre n altri casi l'ascesso è situato, più o meno, dietro il cieco, nel connettivo retro-peritoneale.

Nei casi di peritonite settica generalizzata, l'affesione si produce in modo rapidissimo, cioè in poche ore, per effetto della grande virulenza

dell'agente, o degli agenti infettivi.

La peritonite è intensissima e per lo più mortale, anche quando si tenti d'intervenire chirurgicamente, per nettare dai materiali settici il cavo peritoneale.

Quando il processo flogistico non si diffonde all'intiera cavità del peritoneo, ciò accade perchè l'infezione è meno virulenta, e per ciò rende possibile che i tessuti reagiscano con un'essudazione plastica, la quale mette un argine all'ulteriore diffondersi dell'infezione.

In questi casi la prognosi è meno grave, specialmente se ha luogo un pronto intervento.

Tuttavia, il corso dell'affezione è del pari assai rapido, producendosi in poche ore un grave complesso di sintomi, cioè febbre alta, vomito polso debole frequente, dolorabilità più o meno diffusa ed una vasta area di sub-ottusità, se non d'ottusità completa.

Tanto la peritonite generalizzata, quanto quella piuttosto circoscritta, possono dipendere da semplice perforazione dell'appendice vermiforme oppure da gangrena parsiale o totale della me-

desima.

Sulla forma generalizzata non è necessario intrattenerci: basti dire, che essa presenta i ben noti sintomi d'una peritonite acutissima, e che l'affesione suol condurre a morte entro 48 ore. l'affesione, l'infermo fa colto da gravissima dis-

Come esempio della forma circoscritta di peritonite, dovuta ad affesione dell'appendice, l'autore riferisce il seguente caso:

Nel gennaio 1895 egli fu chiamato presso un bambino, il quale era stato in buona salute sino a 60 ore prima, quando fu colto improvvisamente da forte dolore nella parte destra dell'addome, e, poco dopo, da vomito e febbre.

L'autore constatò grande distensione dell'addome e dolentia generale, ma assai più notevole a destra. Aperto il cavo addominale a livello del cieco, trovò subito una raccolta purulenta fetida, la quale si estendeva a tutta la metà destra dell'addome.

Asportò l'appendice, che era in parte gangrenata, deterse il meglio possibile la cavità, e ap-

plicò diversi tubi da fognamento.

L' infermo migliorò in modo assai rapido, quantunque la sua guarigione venisse alquanto ritardata dal fatto, che verso il diciassettesimo giorno si constatò l'esistenza d'una piccola raccolta alla parte superiore sinistra della vescica; ciò che rese necessario applicare nuovamente un lungo fognamento.

In un altro caso, concernente un paziente di 21 anno, l'operazione fu fatta cinque giorni dopo

l'insorgere dei sintomi di peritonite.

Aperto l'addome, si trovò una vasta raccolta di pus in mezzo alle anse intestinali, e l'appendice quasi intieramente gangrenata.

Il paziente guari, benchè il caso presentasse

non poca gravezza.

Come si vede, il tempo necessario alla produzione d'una considerevole raccolta purulenta, non è punto grande: esso fu di due giorni e mezzo nel primo caso, di cinque giorni nel secondo.

Le raccolte retro-cecali, invece, si producono generalmente in un campoassai più lungo, come dimostra un caso riferito dall'autore, nel quale i sintomi di tiflite migliorarono dapprima mercè l'uso di leggieri purganti, ma ben presto si accentuarono di bel nuovo e, per più di 4 mesi, si associarono a febbre ed a progressivo deperimento.

Aperto l'addome si evacuò un vasto ascesso

del tessuto areolare retro-peritoneale.

Malgrado l'età della pasiente, (65 anni), e lo stato di grande debolezza nel quale essa fu operata, si ottenne la guarigione.

Ma anche gli ascessi retro-cecali possono, benchè di rado, avere un'evoluzione rapida e , per giunta, dar luogo a gravissime complicazioni, come

dimostra il seguente caso.

Un giovane di 26 anni ammalò di tiflite il 15 maggio del 1894. Il medico curante constatò inoltre, due giorni dopo, qualche sintoma di pleurite destra localizzata alla base. Dopo altri due giorni, l'esistenza di tal pleurite fu messa fuor di dubbio dalla constatazione d'un manifestissimo rumore di sfregamento. Il 28 maggio l'autore, invitato ad aprire l'ascesso peritifitico, svuotò una gran quantità di pus, misto a fecce, dallo spazio retro-cecale.

Il 81 maggio, cioè 16 giorni dopo l'inizio delpnea e da violenta tosse, con la quale espettorò

una gran quantità di pus fetido.

In seguito a ciò, la condizione della pieura e

del polmone destro migliorò rapidamente, ma dopo due settimane manifestaronsi sintomi indubbi di una affezione del lato sinistro; poco dopo l'infermo fu colto nuovamente da gravissima dispuea e forte tosse, ed espettorò gran quantità di pus. A ciò segui progressivo miglioramento e guarigione.

Come si vede, in questo caso il prosesso suppurativo retro-cecale, si diffuse rapidamente sino al diaframma ed alla pleura, e i materiali settici emessi dal polmone destro provocarono poi

un'infesione del polmone destro.

In un altro caso, osservato dall'autore in persona d'un giovane medico, il processo morboso obbe un'evoluzione di diversi mesi, ma assunse un'estensione molto considerevole, giacchè la suppurazione retro-cecale, avanzando verso l'alto, diede luogo finalmente ad un vastissimo ascesso sub-frenico, che facea discendere il fegato sino a livello dell'ombelico.

Gli esposti casi dimostrano chiaramente, che le raccolte purulente dovute ad appendicito, possono formarsi in un tempo variabilissimo, e che esse presentano pure considerevoli differenze in riguardo alla loro estensione ed alla loro sede (The Practitioner, febbraio 1897).

Loddo

NOTIZIE

Contro la pellagra. Locande sanitarie

In questi giorni la Commissione provinciale di Udine per la cura della pellagra sta o cupandosi per l'impianto di Locande sanitar e in alcuni centri fra i più infetti del morbo. Fu pubblicata in proposito una interessantissima Relazione del dott. Badaloni — medico provinciale nell' Umbria, — che è fra i piùnoti pellagrologi d'Italia.

Il dott. Badaloni, nella « Relazione sui provvedimenti per la pellagra » adottati dalla Commissione provinciale in quella Provincia, riferisce sulla perfetta riuscita, nella profilassi della pellagra, dell'istituzione delle Locande sanitarie che in numero di sei furono aperte in sei paesi dell'Umbria.

In tali locande si recano i pellagrosi giornalmente nei mesi primaverili, in cui i contadini hanno finito le provviste e la campagna non dà prodetti ancora.

Nel primo anno di esperienza frequentarono le sei locande 448 pellagrosi, di cui 294 guarirono, 110 mi. gliorarono assai, 27 mediocremente, e 17 restarono stazionari.

In seguito a sì felice esito, il dott. Badaloni fa voti, perchè sia continuato ed esteso maggiormente il sistema di cura profilattica, mediante le locande sanitarie.

Sullo stesso argomento fu tenuta una riunione di notabili col concorso delle autorità a Varmo e si spera di potere in breve dare effettuazione all'impianto di una locanda sanitaria; altro impianto simile è probabile si faccia presto in altro comune a combattere quel terribile morbo che è la pellagra.

Congresse internazionale di farmacia

Il VIII. Congresso internasionale di farmacia si terrà a Bruxelles dal 14 al 19 agosto p. venturo.

Questo congresso è organizzato dall'Associazione generale farmaceutica del Belgio per l'occasione del 50° anniversario della sua fondazione.

Lo scopo del Congresso sarà quello di discutere tutti i problemi interessanti la professione del farmacista, cioè. la chimica applicata (medicinali, derrate alimentari, tossicologia, biologia), la materia medica, l'igie ne pubblica, la batteriologia, la legislasione farmaceutica, la deontologia e gli interessi professionali.

Tre premi saranno essegnati alle tre migliori memorie, riguardanti le questioni farmaceutiche, tanto dal punto di vista scientifico, quanto dal punto di vista puramente pratico.

8 altri premt saranno conferiti alle tre migliori ma morie, concernenti gli interessi professionali.

I soggetti da trattarsi sono lasciati all'appressamento dei concorrenti.

Un promio a Nocard

La façoltà di medicina di Parigi ha conferito il premio Lacaze di 10000 lire al professore Nocard, d'Alfort, per i lavori sulla tubercolosi.

Le ricerche di Nocar d sulla identità della tubercolosi umana e bovina, sul posto del contagio comparato a quello della eredità, sulla virulenza del sangue, della carne e del latte degli animali tubercolosi, sulla applicazione della tubercolina alla diagnosi e alla profilassi della tubercolosi bovina, sono oggi giorno classici.

Il più importante dei suoi lavori è quello pubblicato in collaborazione con Roux sulla coltura del bacillo di Koch nei mezzi glicerinat!.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE MEDICO-CHIRURGICHE

Torino — R. Opera di Maternità. — Concerso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Onera

Scadenza 28 febbraio.

Sommano. — 1. Biviste generali. La meningite tuberco are. — 2. Lavori originali. Ospedale dei Pellegrini
in Napoli. Lamnectomia della quarta cervicale per
lesione violenta, pel dott. G Sorge. — 8. Rivista
di Cinica. Clinica medica di Lione (prof. Bard).
L'urto sensibile delle valvule auricolo ventricolari.—
4. Bassegna della stampa. Patologia e clinica medica. Batteriologia. Sifilografia e dermatologia. — 5. Notisie,

RIVISTE GENERALI

Le meningite tubercolare (Debove),

A costituire la meningite tubercolare non basta l'esistenza di tubercoli nelle meningi, ma è necessario che essi determinino, in queste ultime, un processo flogistico. I tubercoli possono, agglomerandosi, formare un tumore, che talvolta raggiunge persino la grandezza d'un novo di gallina, e che esercita una compressione sulla sostanza cerebrale. I sintomi sono allora quelli di un tumore endocranico, non già quelli della meningite inbercolare. Le lesieni di quest'ultima hanno una sede di predilezione; esse sono localizzate, per lo più alla base del cervello, in una regione molto ristretta, limitata in avanti dal chiasma dei nervi ottici, in dietro dai peduncoli cerebrali. Tali lesioni consistono in un essudato puriforme, compatto, che avvolge i nervi emergenti dal cervello in quella regione, e forma prolungamenti nel senso del corso dei vagi, cioè verso il fondo dei solchi.

Le lesioni sono di due ordini, essendo esse costituite dai tubercoli e dalle alterazioni flogistiche. Le granulazioni tubercolari, semitrasparenti, sono più o meno resistenti sotto il dito, ed hanno, talvolta, un volume che può raggiungere quello d'un grano di semolino, mentre altre volte esse sono piccolissime, microscopiche. I tubercoli si sviluppano sulla parte laterale dei vasi della pia madre, entro la guaina linfatica dei vasi stessi; essi prediligono pure l'angolo di biforcazione dei vasi sanguigni. Il loro numero è variabilissimo, ma non esiste alcun rapporto tra il numero dei tubercoli e la gravezza della meningite. Questa può essere intensissima ed essere determinata da scarsissimi tubercoli, mentre una meningite a decorso lento, insidioso, può esser determinata da tubercoli molto confluenti.

Le lesioni infiammatorie sono quelle che maggiormente colpiscono l'osservatore: esse sono costituite da piastre biancha, cotennose, resistenti, le quali, come si vede al microscopio, risultano da maglie di fibrina, entro le quali trovansi imprigionati molti leucociti. Importantissime sono, anche dal lato clinico, le alterazioni vasali, cioè l'arterite obliterante e le conseguenti trombosi. Quando per affetto della trombosi d'un' arteria, un dato territorio cerebrale cessa d'essere nutrito, si produce un focolaio di rammollimento, il quale dà luogo a fatti paralitici, variabili secondo la sua localissazione.

Le meningi aderiscono, assai spesso, alla sostanza cerebrale, la quale presenta ivi una vera encefalite superficiale. Nei ventricoli cerebrali si trova per lo più un liquido torbido, in quantità variabile da 30 a 100 grammi.

Benchè la meningite tubercolare sia per lo più una meningite basilare, tanto che queste due espressioni sono sinonime, tuttavia le lesioni possono anche esser localizzate, o quasi esclusivamente sulla convessità, o al tempo stesso sulla

convessità e sulla base.

La meningite tubercolare consegue sempre a tubercolosi di altri organi (polmoni, ghiandole). Ma le lesioni tubercolari che han preceduto la localizzazione meningea possono essere tanto piccole, da sfuggire ad un esame non molto accurato: così, a mo' d'esempio, le lesioni dei gangli tracheo-bronchiali passerebbero spesso inosservate, se non venissero ricercate sistematicamente.

Nel decorso della meningite tubercolare, tra i cui sintemi nessuno, patognomonico, possono di-

stinguersi quattro periodi.

Il periodo prodromico è talvolta abbastansa lungo, e la sua con scensa è molto importante per il medico, affinche egli non rischi di qualificere come fatto di poca importanza il principio di un'affesione gravissima. In questo periodo i bambini dimagriscono, perdono l'appetito, ed assui spesso hanno leggieri accessi di febbre. Essi si sentono stanchi e spossati, senza motivo, diventano per lo più irritabili, il minimo lavoro riesce loro estremamente penoso. Alcuni mostrano una teneressa eccessiva per le persone care, si gettano spesso tra le braccia della madre; altri cercano la solitudine, e con la loro tristezza sembrano esser vagamente consci del pericolo che li minaccia. Durante la notte, i piccoli pasienti hanno spesso incabi, allucinazioni, o scosse muscolari. Talvolta si hanno disordini degli organi dei sens, specialmente emiopia. La durata di questo periodo può variare da una a parecchie settimane, ed occorre che il medico, per riconoscerlo, sia molto accurato e preciso nel suo esame e nelle sue domande.

Dopo un principio lento, insidioso, i sintomi dell'affesione diventano più spiccati, più gravi, ed il bambino è obbligato al letto. Il secondo periodo è caratteriszato da una triade sintomatica importantissima, costituita dalla cefalalgia, dalla stitichezza e dai vomiti.

La cefalea è lancinante, gravativa, si esacerba specialmente di sera, nonché per effetto dei rumori, della luce, e di tutte le eccitazioni degli

organi dei sensi.

I vomiti sono dapprima alimentari, poi biliosi. I materiali escono dallo stomaco, come se traboccassero da un vaso troppo pieno. Il vomito non presenta tale carattere, nè nella peritonite, nè nelle affezioni dello stomaco e dell'intestino.

La stitichezza resiste spesso ai purganti p'ù energici. Essa si sostituisce alla diarrea nei pazienti affetti da enterite tubercolare. Il ventre è incavato « a barchetta », per retrazione delle anse intestinali contro la colonna vertebrale.

La febbre arriva sino a 380-5-890 od anche al

di là, ed è spesso irregolare nel suo decorso. Le pulsasioni radiali possono arrivare a 110 ed anche a 120, ed il polso è molto caratteristico: dopo essersi accelerato per alcuni minuti, esso si rallenta; talvolta è anche intermittente. Ma nella malattia in discorso può anche aversi la cosiddetta febbre dissociata, cioè aumento della temperatura con diminuzione della frequenza del

polso.

Poi sopraggiungono disordini della sensibilità, del movimento e dell'intelligenza. Dal lato della sensibilità si nota una grande iperestesia. La luce ed i rumori impressionano assai spiacevolmente gli infermi. Questi prendono un atteg. giamento speciale: stanno coricati sopra un lato, con gli arti inferiori flessi, e voltano il dorso alla luce ed alle persone che vogliono esaminarli : con la loro attitudine e coi loro gemiti, sembrano domandare di essere lasciati in pace. Solo nei piccoli bambini si osservano convulsioni e contratture generalizzate; nei bambini più grandi esse sono invece localizzate: si hanno movimenti di carfologia, di nistagmo, di strabismo intermittente, come pure stridor dei denti e talvolta trisma; segno importantissimo è la rigidità della

Quando le convulsioni e le contratture interessano gli arti, esse per lo più colpiscono un solo di essi, più di rado le due membra d'un lato. Le convulsioni, per lo più toniche, possono divenire cloniche.

L'infermo è sonnolento e presenta un delirio monotono, durante il quale emette grida acute, brevi, inconscienti, che sono state denominate «grida idrocefaliche». Esse sono tanto caratteristiche, che da molti vengono considerate come patognomoniche.

I disordini della respirazione sono anch'essi molto importanti, perchè sono precoci e manca no di rado. La respirazione è spesso irregolare, interrotta da lunghe pause respiratorie e da profondi sospiri. Talvolta essa presenta assai net-

tamente il tipo Cheyne Stokes.

Si osservano pure disordini della circolazione periferica. Il paziente, prima pallido, diventa tutto ad un tratto rosso. Notevole è pure il fenomeno che è stato denominato «riga o striscia meningitica». Se sulla pelle dell'infermo si fa scorrere la punta di un lapis o altra cosa simile, si produce una riga bianca, per anemia dei vasi eccitati; a questa riga bianca ne succede una rossa, che può persistere anche una mezz'ora. Questo fenomeno, che è presentato anche da certi individui sani, non ha niente di patognomonico.

Al secondo periodo, o periodo d'eccitazione, i cui sintomi dipendono, in parte, dall'irritazione dei centri motori localizzati alla superficie dello encefalo, succede dapprima un periodo che può chiamarsi di transizione, e poi il periodo paralitico. Dall'eccitazione non si passa bruscamente alla paralisi; ed ecco perchè si ha un periodo intermedio, nel quale si hanno, al tempo stesso fenomeni d'eccitazione e di paralisi.

Questo terso periodo presenta un altro carat-

tere che è importante a conoscere. L'infermo sembra migliorato; il coma pare finito; il paziente parla, e quando il medico arriva, trova la famiglia in gioia. Ma egli non deve punto condividere tale gioia e lasciarsi inganuare dalla remissione che suole osservarsi in questo terzo periodo.

Infine, nel periodo terminale o paralitico, la temperatura si eleva a 39,05-400, il polso si accelera, restando sempre irregolare. In certi casi, invece, la temperatura diventa subnormale. Il bambino diventa indifferente alle eccitazioni esterne, cui era prima tanto sensibile. Alle contrazioni ed alle contratture succedono le paralisi. Queste, però, solo di rado, si presentano sotto forma di emiplegia. Frequenti sono le paralisi dei muscoli facciali ed oculari, nonchè quelle del retto e della vescica, con emissione involontaria delle fecce o dell' urina, o con ritensione di quest'ultima. I riflessi sono aboliti. Il malato è profondamente comatoso: giace sul dorso, immobile, inconsoio ed insensibile a quanto accade intorno a lui; egli presenta una risolusione muscolare completa. Poi sopravvengono sintomi di progressiva asfissia, che determinano la morte (L'Indèpendance mèdicale, 3 tebbraio 1897).

Loddo

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEI PELLEGENNI IN NAPOLI. — LAMNEUTO-MIA DELLA QUARTA CERVICALE PER LESIO-NE VIOLENTA, pel dott. G. Sorge.

(Cont. e fine. Vedi n. prec.)

IV) Importan**s**a della lesione in rapporto con la letteratura.

Per quante ricerche abbia fatto, non mi è riuscito trovare nella letteratura chirurgica un caso analogo per la lesione anatomo-patologica.

L'ematomielia è già un argomento trattato dai medici a preferenza che dai chirurgi. Molti trattati di chirurgia non accennano neppure alla ematomielia traumatica. Qualcuno riconosce la possibilità di alterazioni del midollo senza lesioni della teca ossea, ma non parla della ematomielia come di una di queste alterazioni. Qualche monografia, come ad esempio quella di Wagner, «Sulla trapanazione della colonna vertebrale» (1) confonde addirittura il concetto della ematorrachia con quello della ematomielia.

Passando a rassegna tutti i casi pubblicati in questo ultimo decennio, non ve n'ha alcuno che, con l'integrità della colonna vertebrale, presentò

⁽I) Clinica internazionale, 1892 pag. 887.

un focolaie di ematomielia come causa unica di tutta la sintomatologia.

I casi più frequenti di lesioni del midollo sono tutti in rapporto con la frattura delle vertebre.

Nel Lancet del 1892, trovo registrato un caso di commozione del midollo spinale senza lesione vertebrale, caso appartenente a Macdangall(1); ma a giudicare dall' esito bisogna ritenere che trattavasi di commosione pura e semplice, di disturbo, cioè, puramente molecolare, sens' altro più importante fatto anatomo-patologico. Infatti l'infermo che era caduto da un treno in cammino, senza perdita di coscienza, riportò immediatamente paralisi di ambo le estremità inferiori. In corrispondensa delle apofisi spinose delle ultime vertebre dorsali e delle superiori lombari, eravi una larga contusione senza sintomi di frattura. La paralisi di moto era completa, la sensibilità era diminuita. V'era paralisi della vescica. La temperatura subnormale il polso debole. Durante i primi due giorni di degenza all'ospedale la sensibilitá cominció a migliorare; al terzo cominciò a manifestarsi un certo grado di motilità alle dita del piede, e da questo momento, lentamenta la paralisi andò scomparendo, finchè dopo un anno non ne rimase traccia alcuna.

Nel 1894 riscontro un caso alquauto analogo per mescanismo appartenente a Myles e riportato dalla Riforma medica (2). Un uomo, per caduta, battendo con l'occipite, aveva presentata paraplegia motrice completa, paresi di ambo le braccia con conservazione della sensibilità cutanea. Il Myles l'operò di lamnectomia; l'ammalato morì. Non appare quale fu la diagnosi fatta, quale la lesione riscontrata all'autopsia.

La memoria del Wagnergià citata, riporta oltre venti casi di chirurgia del midollo spinale; ma quelli che riguardano la traumatologia sono tutti casi di fratture vertebrali.

Nella sfera per ciò delle mie ricerche credo che il caso mio sia il primo in cui, coi dati esatti forniti dall' autopsia, si può constatare che può formarsi un focolaio di ematomielia traumatica con integrità assoluta della colonna vertebrale.

V.) La lamnectomia in rapporto con letteratura.

Col concetto diagnostico che mi ero fatto nel caso mio, s' imponeva l' intervento chirurgico.

L'idea di rimuovore le schegge ossee che pre-

mono sul midollo rimonta a Paolo d'Egina, vissuto sette secoli prima di Oristo. Sono molto chiare le parole con cui egli chiude un periodo in cui ha accennato alle frattura delle vertebre; egli dice: Audebis etiam sectione ossiculum quod premit eximere.

Pare, secondo Fischer (8) che questo precetto sia stato per la prima volta messo in atto da Louis nel 1744, il quale rimuovendo una scheggia ossea che comprimeva il midollo spinale in un uffisiale, gli guari la paralisi ch'era sopravvenuta dopo un colpo d'arma da fuoco.

Generalmente si attribuisce a Cline, il maestro di A. Cooper, la prima lamnectomia eseguita nello stretto senso della parola. Quest'operazione del Cline rimonta al 1814.

Dal 1814 al 1885 non più di 50 volte è stata eseguita la lamnectomia, mentre nell'ultimo decennio la chirurgia operativa ha progredito anche in questo ramo.

La mortalità dell' operazione, secondo le statistiche raccolte da Chipault pei easi traumatici, è del 48 o_{[o}, mentre nelle operazioni fatte dopo il 1885 la mortalità non supera il 87 o_{[o}.

Bisogna notare che questa mortalità non è tutta dovuta all'operazione, ma in gran parte alla lesione prodotta dal trauma. Ed io credo che eliminata la setticemia come causa di morte con le opportune cautele antisettiche, eliminata l'emorragia per la migliorata tecnica, ben presto si constaterà che la mortalità strettamente operativa si ridurrà a pochissimi casi che si potranno perdere per shok.

Secondo la statistica di Gurlt, nei casi in cui non si fece operazione la mortalità raggiunse l'80 %.

E' anche a notare che queste statistiche sono generiche, riguardano cioè tutte le sezioni della colonna vertebrale; ma se si tenesse conto di ciascuna sezione, son sicuro che per la porzione cervicale la mortalità dell' 80 °[o] diventerebbe 100 °[o], mentre in compenso diminuirebbe per le altre sezioni, e specialmente per la lombare.

I casi più importanti di lamnectomia per trauma pubblicati in quest'ultimo decennio, sono i seguenti:

Nel 1884 Macewen operò di lamnectomia della 12^a dorsale e 1^a lombare un giovane a 22 anni che aveva riportato frattura. Guarigione (4).

⁽¹⁾ The Lancet, 16 aprile 1892.

⁽²⁾ Riforma med. Vol., I, pag. 261, 1891.

⁽⁸⁾ H. Fischer.—Handbuch der Kriegschirurgio, pag. 922, 1892.

⁽⁴⁾ Wag n e r.—La trapanasione della colonna vertebrale. Clinica internasionale pag. 310, 1392.

Nel 1886 Lauenstein (1) operò un caso simile con uguale risultato in guarigione.

K ettle y (2) operò un giovane caduto in uno stagno, col capo in giù, da un'altezza di 30 piedi, ed asportò la lamina della 5ª cervicale poche ore dopo il trauma. Tre giorni dopo l'operazione l' infermo morì. Furono scoperte all' autopsia: frattura del corpo della 4ª vertebra e scontinuità trasversale completa del midello a livello della 5ª cervicale.

Nel 1889 Dowbarn (8) resect le lamine dell' 11^a e 12^a dorsali per fratture, con esito in guarigione.

Nello stesso anno Woostere Montgomery (4) aprirono la colonna vertebrale in un caso di frattura di tre vertebre cervicali, avvenuta in un uomo al quale era caduto un fascio di fieno sul capo. Furono asportati sei frammenti di frattura ossea; il midollo spinale appariva intatto. Ciò malgrado non si ebbe miglioramento ed anzi al 86º giorno l'infermo morì. All' autopsia si riscontrò grave frattura della 6ª e 7ª cervicali e della 1ª toracica con meningo-mielite purulenta.

Il Lampiasi nel 1890 (5) operò un uomo a 28 anni ch' era stato scagliato a terra da un mulo. All' operazione furono scoperte parecchie fratture della 12ª toracica, e furono asportati i frammenti che comprimevano. Ma i sintomi persistettero e dopo dieci giorni dall' operazione lo infermo morì. L' autopsia riscontrò scollamento del disco intervertebrale fra 11ª e 12ª dorsale, con spostamento indietro e compressione sul segmento anteriore del midollo.

In un secondo caso del Lampiasi per caduta sul dorso, la lamnectomia dalla 7ª fino alla 11ª dorsale constatò la frattura della 10ª vertebra toracica con depressione a destra, e diede esito in guarigione (6).

Rieder (7) nel 1891 riferi un caso operato da Schede in cui un frammento osseo esercitava compressione.

Rimosso il frammento si ebbe guarigione. Nel 1892 Wagner ebbe buon risultato in un caso in cui intervenne in secondo tempo e riscontro aderense connettivali, consecutive a ferita d'arma da fuoco, le quali esercitavano compressione (8).

Un altro risultato favorevole l'ebbe dalla lamnectomia il Golding-Bird in un caso di frattura delle lamine della 11º e 12º dorsali (9).

Nel 1893 Arbuthnot Lane operò con esito favorevole una donna dopo 6 anni che per trauma era paraplegica. Riscontrò spostata la 5ª lombare che per ciò esercitava pressione sulla cauda equina (10).

Il Neyles (11) nel 1894 operò un uomo che per caduta sull'occipite aveva presentato paraplegia motrice completa. Non trovo determinato in che consistette proprio l'operazione, nè la lesione riscontrata. Certo è però che l'operato morì.

Nello stesso anno Stillmann riferisce di tre lamnectomie (12) con due esiti favorevoli ed une letale. Non è determinata la natura della lesione per cui lo Stillmann intervenne.

Il solo caso che si conosca in cui l'intervento chirurgico ha salvato la vita di un infermo che presentava frattura nella porsione cervicale (quarto arco) è quello di W i n n e t. Eravi una scheggia infissa nelle meningi che venne asportata. Dopo 89 settimane l'ammalato era guarito; ma non completamente (18).

Il prof. Ercole Sacchi di Genova riferi alla Società Italiana di Chirurgia, nella riunione dell'anno 1894, un caso di lamnectomia per frattura della 1ª lombare e compressione fatta da un grosso frammento. L'esito fu favorevole, benchè l'operatore non avesse potuto ancora annunziare una completa guarigione (14).

Sono adunque 17 casi di lamnectomia per trauma che ho potuto riunire scorrendo la letteratura dell'ultimo decennio.

Aggiungendovi il caso mio abbiamo un totale di 18 casi, con dodici esiti favorevoli e sei infausti: una mortalità del 83 °₁₀.

Ma notisi che non in uno dei casi ad esito infausto questo può essere attribuito all'atto operativo. La morte si è sempre avuta o perchè

⁽¹⁾ Ibidem.

⁽²⁾ Ibidem.

⁽³⁾ New-York medical Journal, vol. XLIX, pag. 711.

⁽⁴⁾ Occidental med. Times, pag. 497, settembre 1889 .

⁽⁵⁾ Contributo alla Chirurgia della colonna vertebrale. Roma 1890.

⁽⁶⁾ Lampiasi.— Contributo alla chirurgia della colonna vertebrale. Roma, 1890.

⁽⁷⁾ Contraiblett f. Chirergie, n. 98, 1801.

⁽⁸⁾ Wagner. loc. cit.

⁽⁹⁾ The British medical Journal, 28 maggio 1891.

⁽¹⁰⁾ The Lancet, 29 aprile 1898.

⁽¹¹⁾ Rif. Med. Vol. I. pag 261 1894.

⁽¹²⁾ Rif. med. Vol. IV, p. 468, 1894.

⁽¹⁸⁾ Rif. med. Vol. IV, p. 121, 1895.

⁽¹⁴⁾ Archivio ed atti della Società italiena di chirurgia, p. 175, 1894.

l'operazione non ha potuto scoprire tutta la lesione avvenuta, o perchè la lesione era tale che il chirurgo non poteva apportarvi rime io.

Rimane adunque come unica indicazione della lamnectomia per trauma, la compressione, sia questa fatta da schegge ossee, da sangue versatosi nel canale rachidiano, da proiettili o da connettivo cicatriziale esuberante.

. E se si potessero determinare a priori i casi in cui oltre la compressione per le dette cause non v'è altra lesione, il risultato sarebbe favorevole in presschè tutti i casi d'intervento.

Ma pu: troppo allo stato attuale della scienza questa esatta diagnosi anatomica non è possibile. Anche i riflessi e l'ipertrofia muscolare sono elementi infidi per inferirne che il midollo sia soltanto compresso ovvero parsialmente o totalmente diviso.

In questo dubbio val meglio intervenire. Con la lamnectomia non si può arrecar mai un grave nocumento (R i e d e r, S c h e d e) ed ansi oggi si ammette la possibilità di una lamnectomia esplorativa, come si fa per altre operazioni in altre regioni.

f) l'operazione nel caso mio.

Usai la narcosi da cleroformio e, malgrado le condizioni respiratorie dello infermo così modificata, non ebbi a pentirmene.

Debbo ansi constatare che la cloroformissazione fu tollerata benissimo. Trovai in ciò una conferma di quanto avea letto, che cioè l'anestesia generale nelle operazioni sulla colonna vertebrale, malgrado le giuste preoccupazioni per la disturbata respirazione e per la posizione che bisogna dare all'operando, non ha dato mai a lamentare inconvenienti, tranne in un sol caso ch'è registrato, ma che ora non ricordo a chi si appartenga.

In quanto alla forma da dare al taglio, preferii quella più semplice. Feci un taglio longitudinale, ma abbastanza lungo, sicchè, scollati i muscoli da un lato e dall'altro, ed allontanati i margini con retrattori, potetti avere abbastanza spazio.

Il taglio della lamina della 4ª vertebra lo feci alla meglio con le comuni forbici osteotome. Debbo confessare però che la cosa fu laboriosa, perchè le comuni forbici non si adattano al caso speciale, sia perchè non è facile far penetrare una delle branche sotto la lamina, sia perchè operandosi a notevole profondità, l' istramento rettilineo riésce incomodissimo.

Io non conosco le forbici speciali per la lam-

nectomia di Lucke e di Mathieu, e quindi non so se questi autori abbiano già attuati i concetti a eni si debbono, secondo me, informare le forbici osteotome per lamnectomia: io credo ch' esse dovrebbero essere innanzi tutto incurvate due volte nella loro lunghezza, sicchè tenendosi il manico a livello del dorso la parte tagliente possa star comodamente in posizione orizzontale a livello della lamina da tagliare; e poi la branca inferiore, quella che deve penetrare sotto la lamina, dovrebbe essere incurvata a cuechiaio, molto stretta, molto bassa, e terminare con un bottone spianato che sia capace di farsi un pò di strada senza pericolo di arrecare offesa.

L'uso degli scalpelli osteotomi, qualunque sia la loro forma, credo che sia da rifiutare, perchè il martellamento non potrebbe far certo buon governo del midollo, senza dire che sopra parti che godono di una certa mobilità, lo scalpello non può fare molta breccia e che v'è sempre il pericolo ch'esso sfugga ed arrechi notevole danno alle meningi ed al midollo.

Non ebbi a notare durante l'atto operativo notevole emorragia: qualche vasellino di poco conto fu stretto con pinza per poco tempo e poi abbandonato sensa legatura.

Riunii la ferita per prima, con doppio strato di sutura, uno profondo, muscolare, uno superficiale per l'aponevrosi e la cute.

Quale influenza esercitò questa operazione sul mio infermo? Nessuna, credo, nè benefica nè malefica. Benefica no, perchè non si ebbe occasione di rimuovere quegli agenti di compressione che si erano diagnosticati; malefica neppure, perchè in niente furono modificate le condizioni in cui l'infermo si trovava, e l'atto operativo per se fu benissimo tollerato. Parve infatti che il Perrotta fino a sera inoltrata stesse in discrete condizioni, con temperatura 87°,4. La notte la paralisi respiratoria si estese, cominciarono i fatti di asfissia, la coscienza andò perduta e l'infermo cadde in agonia.

In pieno stato agenico, due ore prima di morire, la temperatura era 41º,6.

Mi sembra per ciò evidente che bisogni ammettere l'entrata in campo di fatti bulbari i quali, pel risultato dell'autopsia, sono da attribuirsi alla lesione ch'era avvenuta nel midollo, non alla lamnectomia.

RIVISTA DI CLINICHE

Clinica medica di Lione [prof. Bard].

L'urto sensibile delle valvole auricois-ventricolari.

Le palpazione del cuore è ritenuta generalmente come un segno semiologico di minore importanza dell'ascoltazione e della percussione. Eppure dal punto di vista clinico, se l'ascoltazione le rimane superiore per constatare le lesioni degli crifizi, la palpazione costituisce il mezzo per appressare direttamente la modalità delle lesioni del cuore, per precisare il loro pronostico, e stabilire una cura razionale.

La palpazione rimane sempre un segno che rivaleggia coll'ascoltazione per la diagnosi esatta delle affezioni cardiache deuteropatiche, per differenziare le ipertrofie secondarie dipendenti da lesioni polmonari renali od aortiche.

Per conto mio, stimo che la palpazione abbia un'importanza molto più considerevole di quella che comunemente le si attribuisce, molto superiore a quella della percussione, e financo, oso dire, paragonabile al valore dell'ascoltazione.

Questo assioma, che a prima vista può sembrare esagerato, non lo sarà più quando si pensi che con un metodo assai semplice, quale è quello che adopero da un pezzo, si possono ottenere risultati preziorissimi ed esatti.

Uno dei dati essensiali che si ricava per mezzo della palpazione è dato dalle vibrazioni di chiusura delle valvule auricolo-ventricolari.

Il processo d'esplorazione consiste unicamente nell'applicare la mano per intiero sulla regione precordiale.

Mentre che la palpazione con l'estremità delle dita non può servire che per precisare la sede della punta, ed assai imperfettamente per giudicare i disturbi del ritmo cardiaco, la palpazione d'insieme, larga, a piena mano, fornisce una gran quantità di dati che appaiono più numerosi e più precisi a misura che si procede nello studio di essi.

La prima conoscenza che bisogna acquistare è quella di apprendere a separare ed a discernere l'urto delle pareti cardiache dalle vibrasioni valvulari.

La vibrazione delle valvule sigmoidee si distingue facilmente dall' urto delle pareti cardiache, non soltanto perchè essa è diastolica, ma per il suo carattere differente.

Non si può dire lo stesso per la vibrazione delle valvule auricolo-ventricolari, che finora è

stata sconosciuta o per lo meno confusa con lo chok muscolare che si verifica durante l'urto del cuore. In realtà, alla palpazione, l'urto sensibile del cuore è il risultato della sintesi di due elementi differenti: la vibrazione valvulare, trasmessa dalle pareti cardiache e toraciche, e la vibrazione muscolare della parete cardiaca dovuta al contatto diretto con la parete toracica.

La palpazione a piena mano permette di dissociace la sensazione d'insieme nei due elementi componenti, apprezzando ciò che appartiene a ciascuno di essi e studiandone i caratteri.

In generale, l'urto sensibile muscolare è sempre una sensazione di pressione, mentre invece la vibrazione valvulare è una sensazione di scuotimento diffusa, a propagazione più o meno larga, la quale s' irradia attorno al focolaio d' origine, ed alle volte è più profonda che localizzata.

Per poco che la vibrazione sia intensa, si percepisce con la palpazione non soltanto con una mano situata a contatto immediato del torace, ma ancora a traverso alla mano di un aiuto appoggiata sulle pareti, ed alle volte a traverso più mani sovrapposte. Al contrario, il contatto dell'urto muscolare scomparisce nelle stesse condizioni o tutto al più, cambia completamente di carattere.

Per un'esplorazione completa della regione precordiale, non soltanto la mano deve essere applicata per intiero sulla parete toracica, ma occorre anche che vari il punto d'applicazione.

Io comincio, ordinariamente, la palpasione, situando la mano un pò obliquamente in dentro ed in basso, in modo che la palma corrisponda esattamente sulla punta del cuore e le estremità digitali arrivino immediatamente al disotto della appendice xifoide.

Per riferire alla mitrale ed alla tricuspide ciò che appartiene a ciascuna di esse, nella vibrazione percepita, bisogna collocare la mano verticalmente, applicando successivamente la palma alla punta del cuore, e sull'epigastrio, e le dita rivolte in alto.

Inoltre possiamo servirci per l'esplorazione de ventricolo sinistro di due altre posizioni. Si può collocare la mano orizzontalmente col centro della palma corrispondente alla punta del cuore, ovvero situando la mano leggermente obliqua in alto ed in dentro, in modo che la parte mediana della palma corrisponda al livello della 4ª costa sinistra,

Le modificacioni patologiche delle vibrazioni delle valvule auricolo-ventricolari consistono sopratutto nelle variazioni della loro intensità. La vibrazione ordinariamente unica, può anche sdoppiarsi, ed in questi casi si può riscontrare all'ascoltazione uno sdoppiamento del 1º tono.

L'intensità della vibrasione valvulare dipende, il maggior numero delle volte, dallo stato anatomico della valvula e dalla tensione che sopporta.

La rigidità, l'indurimento di una valvula, aumentano l'intensità delle sue vibrazioni, modificandone anche il carattere. Un esempio classico di questo fatto lo abbiamo nella stenosi mitralica, sopratutto nella stenosi pura ed antica, laddove l'unione dei pissi valvulari ha creato una solidarietà completa fra di essi.

L'insufficienza mitralica, al contrario, quando essa è sola, esagera di poco le vibrasioni; se esiste invece con la stenosi, può financo sttenuare l'intensità della vibrasione che dà questa ultima.

La tensione della valvula influisce più specialmente sulla intensità e modifica poco le qualità della vibrazione. Mentre la rapidità con cui aumenta la tensione esagera la vibrazione valvulare, una tensione forte, ma progressiva, ha per effetto di attenuarla ed alle volte di farla sparire.

La stenosi mitralica e le nevrosi sono le due grandi cause che esagerano le vibrasioni di chiusura delle valvule auricolo-ventricolari, e quando questi due fattori coesistono, l'urto sensibile valvulare raggiunge il massimo grado.

La vibrasione di origine nervosa, però, è più diffusa, meno breve, più variabile della vibrasione di origine organica, la quale è fissa, costante e più dura e scuotente.

Sovente occorre di dovere distinguere l'urto sensibile muscolare epigastrico, dipendente da una ipertrofia del cuore destro, dalla vibrazione tricuspidale che spesso è una stigmate di nervoaismo.

La confusione di questi due fattori, tanto differenti, costituisce un errore clinico grave, che la palpasione permette di evitare più facilmente degli altri metodi d'indagine fisica.

Fra tutti i segni fisici della stenosi mitralica, l'esagerazione della vibrazione valvulare è, se mon il più netto ed il più caratteristico, certamente il più costante è fedele. Difatti, basta pensare in che modo questi segni possono cambiare in uno stesso ammalato ed alle volte, nel corso di un solo esame, per giudicare che la vibra-

sione valvulare mitralica rimane il segno più stabile.

Vi è una circostanza nella quale, il più spesso, questo segno esiste assolutamente solo, e ciò avviene allorchè la stenosi mitralica si accompagna, o piuttosto è associata ad una miocardite interstiziale, con aritmia molto accentuata. Quando l'aritmia prende la forma della tachicardia rapida ed irregolare, essa maschera, alle volte, completamente il rumore di soffio presistolico e qualche volta anche lo sdoppiamento del secondo tono.

Al contrario, l'esagerazione della vibrazione mitralica non deve essere invocata in favore di una stenosi di questa valvula allorchè la diagnosi oscilla tra una stenosi mitralica organica, ed una pseudo-etenosi mitralica, come si osserva nelle clorotiche o negli individui nervosi. L'assenza della vibrazione nei casi di questa natura, ha una grande importanza, e deve fare rigettare la diagnosi di stenosi mitralica. E' più difficile pronunziarsi quando la vibrazione è accentuata.

E' a queste gruppo di pseudo-stenosi mitraliche, che si riferiscono i fatti recentemente descritti da Cuffer, pubblicati nella tesi di Chèrerecou (1896), ed io non so se la palpazione praticata col metodo descritto da me, fosse stata sufficiente ad evitare l'errore riferito da Cuffer.

I dettagli che precedono bastano per mostrare l'importansa della palpasione nella diagnosi delle cardiopatie, più specialmente il valore delle vibrasioni delle valvule auricolo-ventricolari, per distinguere nettamente un visio da un altro.

Certamente è molto più facile mostrare tutto ciò praticamente, al letto dell'ammalato, ansichè descriverlo punto per punto minutamente in una lezione.

Comunque sia, io credo di aver detto abbastanza, perchè ciascuno di voi possa applicare il mio metodo con cura ed attenzione.

Bentivegna

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Picuriti traumatiche non purulente. Herbert. — La natura della picurite siero-fibrinosa acuta, è stata oggetto di non poche ricerche. Diversi clinici hanno dimostrato che molti picuritici diventano più tardi tubercolotici.

L'Inoltre, numerosi sperimentatori hanno prov a-

to la natura tubercolare dell'essudato siero fibrinoso d'un gran numero di pleuriti.

Le proporzioni indicate dai vari autori sono alquanto diverse; tuttavia, l'insieme delle ricerche fatte e dei risultati ottenuti, permette sin d'ora di sffermare, cha la pleurite siero-fibrinosa acuta qualunque sia la causa occasionale, è di origine tubezzolare in più della metà dei casi.

Malgrado le tante ricerche fatte sinora intorno alla pleurite, nessuno, sino a poco fa, avea pensato a studiare, in particolare, la pleurite traumatica e la natura di essa, quantunque i traumatismi siano causa frequente dell'affezione in discorso.

Una tale lacuna é stata colmata, or fa un anno, da Chauffard, il quale, all'Ospedale Cochin di Parigi, ebbe occasione di studiare cin que casi di pleurite traumatica non purulenta e riferi poi, in una sua pubblicazione, i risultati delle osservazioni e delle ricerche fatte.

Il traumatismo toracico che provoca l'insorgere della pleurite, può variare in intensità ed in natura.

Per lo più si tratta di fratture di coste, oppure di contusioni gravi, senza frattura. Talvolta il trauma è seguito, subito dopo, da emottisi. In certi casi, il traumatismo è leggerissimo e permette all'individuo di continuare il suo lavoro o le sue faccende, senza alcuna interruzione.

Nella maggior parte dei casi, si tratta d'individui che stanno in buona salute: il che dipende probabilmente dalla circostanza, che per sone deboli, malaticce, sono istintivamente più caute, e si espong no meno ai traumatismi.

Il paziente, in generale, non ha, nel suo passato e nella sua credità, niente che faccia pensare alla tubercolosi.

Quindi, almeno apparentemente, la pleurite traumatica insorge, per lo più, in piena salute.

Tuttavia è notevole il fatto, che spesso un traumatismo minimo provoca una pleurite gravissima: il che fa certamente pensare che, oltre al traumatismo, qualche altra causa importante abbia contribuito alla produzione della malattia.

Il principio del versamento può essere insidioso; così, in una donna che avea riportato frattura delle coste, fu constatata l'esistenza di uno abbondante versamento pleurico tre settimane dopo l'accidente, quando la frattura era già consolidata: prima d'allora la paziente non avea presentato alcun fatto, che potesse far pensare all'esistenza di una pleurite.

Più spesso, però, l'affesione pleurica si dichiara alcuni giorni dopo il traumatismo, coi segni abituali d'ogni pleurite: brividi, dolore puntorio, dispuea, tosse secca e molesta.

Questi segni, in generale, si mostrano dal terzo al dodicesimo giorno, e sogliono essere tanto più intensi, quanto più precocemente appariscono. Il brivido, in generale, è meno forte di quel che suol essere nelle cosidette pleuriti a frigore. La intensità del trauma non sembra accelerare la comparsa della pleurite.

I segni fisici e funzionali della pleurite siero- intervalli di due o tre giorni fibrinosa traumatica, sono identici a quelli d'o- il liquido tutto in una volta.

gni pleurite siero-fibrinosa acuta. E' solo da notare, che la febbre è poco alta, ed oltrepassa di rado 88º,5.

Il versamento è in generale considerevole, cioè di un litro e mezzo a due.

Di rado il liquido è rossastro, per effetto d'un emotorace prodottosi al momento del trauma, cioè anteriore al versamento.

Per lo più il liquido è giallo-eitrino, ha una densità di 1015 a 1020, contiene 20 a 30 gr. d'albumiua per litro, ed una quantità variabile di fibrina. Seminato sui comuni terreni di cultura, non dà luogo alla produzione d'alcuna colonia microbica. Vedremo più in là i risultati dell'inoculazione alle cavie.

La durata del versamento è variabile. In uno dei casi dello C h a uffar d, l'inferma usci perfettamente guarita dall'ospedala, dopo un mese di degenza ed una sola puntura.

In un altro caso, si esegui 4 volte la toracentesi, nello spazio di tre mesi. In altri due infermi, la toracentesi dovette ripetersi, rispettivamente due e tre volte. Il quinto infermo, finalmente non ebbe che una sola puntura, ma il suo versamento datava già da otto mesi.

Tutti i cinque infermi uscirono dalla Clinica perfettamente ristabiliti, e sensa presentare al-

cun segno di tubercolosi polmonare.

Isa diagnosi della pleurite traumatica, in generale, non presenta difficoltà: la conoscenza del trauma toracico, i segni di un versamento pleurico, ed al bisogno la puntura esplorativa, permettono di far prontamente una disgnosi sicura. Tuttavia, allorchè, dopo un trauma toracico, si osservano segni di versamento, è il caso di domandarsi se non si tratti, per avventura, d'un emotorace semplice, giacchè, come afferma Nèla to n, il saugue che si accumula nel cavo pleurico, può, in certi casi, dare tutti i segni della pleurite siero-fibrinosa.

Bisogna però notare che, nei casi d'emotorace non complicato, i sintomi del versamento appariscono subito dopo l'accidente; essi tendono a scomparire rapidamente, e dopo alcuni giorni, allorchè il sangue s'è riassorbito, l'infermo non prova più alcun disturbo respiratorio.

Al contrario, nella pleurite traumatica i segni fisici e funzionali, specialmente la dispuea, diventano progressivamente più accentuati, e per lo più si hanno brividi e febbre.

Se, malgrado tutto, persiste il dubbio, si potrà eseguire, asetticamente, la puntura esplorativa. Come segni accessori dell'emotorace, Nèlato n segnala la presenza di ecchimosi lombari, l'edema della parete toracica, la maggiore intensità del dolore, la tendenza alla sincope o alla lipotimia.

Il principale mezzo di cura della pisurite traumatica è costituito dalla toracentesi, la quale, naturalmente, dovrà eseguirsi con la più scrupolosa asepsi.

Quando il versamento è molto considerevole, bisognerà ripetere diverse volte la puntura, con intervalli di due o tre giorni, anzichè estrarre il liquido tutto in una volta.

Come messo coadiuvante si useranno i diure tiei : ossimele scillitico, acetato di potassio, c.f. feine, ecc.

La sudazione locale da buoni risultati, quando persiste un sottile strato di liquido, che non è il caso di estrarre con la puntura: s'avvolge il torace dell'infermo con uno spesso strato d'ovatta, che si ricopre poi con taffettà impermeabile, I vescicatori sembrano ben poco efficaci: così uno dei cinque ammalati di Chauffard avea subito in sei mesi, prima di entrare all'ospedale, l'applicazione di 17 vescicanti, ma con tutto ciò il liquido pleurico persistette finchè non si esegui la toracentesi.

Quanto alla patogenesi della pleurite siero-fibrinosa traumatica, gli esperimenti eseguiti dallo Chauffard sulle cavie, dimostrano che quest'affezione è quasi sempre di natura tubercolane. Difatti, il liquido pleurico di 4 dei summensionati infermi, inoculato nel cavo peritoneale di 4 diverse serie di cavie, produsse la tubercolosi in tutti quanti gli animali inoculati.

Solo le cavie inoculate col liquido pleurico di un quinto infermo, rimasero tutte perfettamente sane.

Stando a questi esperimenti, la pleurite sierofibrinosa traumatica, sarebbe una plearite tubercolare 4 voite su 5.

Ma è anche possibile che la malattia in discorso sia « sempre » di natura tubercolare , giacché nulla impedisce di pensare, che anche l'essudato pleurico del quinto infermo abbia contenuto bacilli di Koch in un tempo anteriore alla teracentesi, e sia poi diventato sterile, grazie alla fagocitosi o ad altre condisioni. Non è punto un fatto estremamente raro, che i microrganismi produttori d'un processo morboso, periscano nell'essudato che ne deriva.

Ad ogni modo, spetta ad ulteriori ricerche il determinare, se la pleurite siero-fibrinosa traumatica sia di natura tubercolare in tutti i casi o solamente in un certo numero di essi.

La pleurite tubercolare consecutiva ad un traumatismo non è punto un fatto che possa sorprendere, essendo cosa ormai ben nota, che il bacillo tubercolare trovasi spesso nell'organismo allo stato latente, e che l'asione d'un trauma può esser bastevole a risvegliare la vitalità di esso, ed a provocare un processo tubercolare nel punto sul quale il trauma stesso ebbe ad agire.

La natura tubercolare della pleurite siero-fibrinosa, traumatica o non, fa sì, che la prognosi, benché abbastanza favorevole, quanto alla guarigione immediata, debba essere riservata quanto all'avvenire degli infermi; giacchè quegli individui, i quali hanno in sè, benchè allo stato latente, il germe della tubercolosi, possono con facilità, per effetto di sfavorevoli condizioni (quali l'eccessivo lavoro, le privazioni, ecc.), diventar preda della terribile malattia (Gazette hebdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie 7 febbraio 1897).

Loddo

Sul valore diagnostico e curativo della puntura alia Quincke. Mya. - Molte e controverse sono state le questioni poste circa la rachicentesi in tutti i paesi.

Ed in Italia non è mancato chi con ardore ha seguito ed intrapreso nuove ricerche sull'argo-

Perc, mentre, la un lato, v'ha chi si mostra esageratamente entusiasta della puntura lombare, ritenendola un mezzo diagnostico e curativo sicuro, dall'altro v'ha chi infirma non solo ogni valore diagnostico, ma nega alla puntura di Quincke qualsiasi valore terapico.

Ognuno comprenderà che gli estremi sono sempre viziosi e che se non può accogliersi senza riserve la prima premessa, falsa è auche la seconda, poichè, dagli studi accuratamente fatti e dalle esperienze sorupologamente e senza preconcetti condotte, non si può negare che, almeno in melti casi, la rachicentesi ha un valore incontestabile.

L'autore, nella sua comunicazione fatta nello scorso decembre all'accademia medico-fisica di Firenze, si occupa estesamente dell'argomento, portando un largo contributo alla dottrina della diagnostica merchè la puntura del canale rachideo, dei processi acuti e cronici dell'asse cerebrospinale.

Benchè alcuni attribuiscano alla puntura esplorativa gli esiti letali avuti dal Fürbringer, dal Lichtheim, ecc., pure, leggendo la storia clinica di tali casi, tutti gravissimi, chiaro emerge essere illogico far cadere tutta la responsabilità dell'esito infausto sulla puntura lombare.

Però ne risulta che, nelle neoplasie enlo-craniche di data relativamente antica, bisogna procedere con maggior riguardo che non in tutte le altre contingense morbose che hanno per effetto l'aumento della quantità del liquido cefalo-rachidiano.

Quanto ai risultati curativi, secondo la maggior parte degli au ori, essi si ridurrebbero a ben DOCS COSS.

Nei processi, in cui l'aumento del liquido cefalc-rachideo è prodotto da una causa permanente e con tendenza fatale all'accrescimento (neoplasie, turbercolosi, idrocefalo congenito da difetti nello sviluppo), la sottrazione di una parte del liquido ha solo un'azione palliativa, relativa agli effetti della temporanea decompressione; ansi, in taluni casi, la brusca modificazione della pressione endocranica può costituire un elemento sfavorevole al decorso della malattia. Nei processi infettivi acuti non tubercolari, le scarse quantità di essudato sottratto con la puntura lombare, non possono influire gran cosa sul decorso del processo complessivo e se si è, in certi casi, veduto la malattia volgere a bene dopo la rachicentesi, ciò si deve verosimilmente attribuire alla sua tendenza naturale.

La puntura lombare, solo in una categoria di processi morbosi può rappresentare un utile intervento curativo, cioè nei casi di idrocefalo acquisito o congenito, in cui l'aumento del liquido

tenne dietro ad un processo flogistico delle leptomeningi, che ha assunto, per dir così, un decorso cronico.

In tali casi, la sottrazione (in una o più volte) dell' essudato, specie nel periodo di attenuazione del processo flogistico o quando questo è scomparso, probabilmente non fa che favorire l'assorbimento più o meno rapido della porzione rimasta, analogamente a quanto succede per le raccolte infiammatorie delle cavità pleurali.

L'autore fa notare che non sempre l'esame batterioscopico del liquido estratto, in questi casi di idrocefalo di origine inflammatoria più o meno remota, permette di rintracciarvi i microrganismi che hanno primitivamente prodotto la malattia e quindi spessissimo, ad un esame superficiale alcuni di questi casi possono apparire come sem-

plici idrocefali di origine sconosciuta.

Il Mya in 80 punture eseguite, non ha avuto mai alcun disturbo consecutivo. Egli ha trovato che il valore diagnostico della puntura lombare è grandissimo, specie nella fase iniziale della tubercolosi meningea e cerebrale e che spesso re attenua, per breve tempo, i sintomi convulsivi. Così pure la rachicentesi permette di fare la diagnosi differenziale tra meningite sierosa da stafilococchi e meningite tubercolare.

Anche la diagnosi di tumore cerebrale è grandemente coadiuvata dal reperto della puntura lombare; lo stesso dicasi per l'idrocefalo primi-

tivo da cause svariate.

La sottrazione del liquido è seguita da benefici effetti sempre che la raccolta è di data recente; chè diversamente il cervello si è già assuefatto alle mutate condizioni di pressione ed in esso si sono determinate lesioni non già funzionali, ma anatomo-patologiche irrimediabili.

Quindi, per tutte queste ragioni si può sperare qualche vantaggio dalla rachicentesi lombare nei bambini della prima infanzia affetti da idrocefalo non congenito nè di origine meningitica tubercolare. La puntura è innocua per sè stessa, specie quando si ha l'accorgimento di non sottrarre più di 50-60 cc. di liquido per volta.

In conclusione: la puntura alla Quincke è uno dei più esatti mezzi diagnostici e ad essa si può assegnare un valore terapeutico, benchè molto modesto ma positivo, in alcuni casi di idrocefalo acquisito (La settimana medica dello Sperimentale, nn. 4 e 5, 1897).

Nacciarone

Sulla serofeia. Gallele.— Vi fu un tempo in cui molte lesioni anatomiche di natura svariatissime, andavano raggruppate sotto la comune denominazione di scrofola; ma poi, col progresso delle cognizioni anatomo-patologiche, furono alla scrofola sottratte molte forme morbose, le quali furono individualizzate o rientrarono nel dominio di altri processi morbosi, ed allora la denominazione di scrofola, per lo addietro tanto comunemente adoperata, è andata sempre più diventando limitata, che può dirsi quasi scomparsa.

Da una minuta analisi e fondandosi sopra al-

cuni casi di propria osservazione, l'autore ha raggruppato le vegetazioni adenoidi nel quadro delle acrofolosi.

E per scrofola egli non intende una malattia a sè, ma una sindrome clinica molto complessa, in cui entrano successivamente in iscena diversi processi, fra i quali finisce per avere la massima parte il bacillo tubercolare.

Nella scrofolosi noi possiamo considerare tre periodi: nel 1º si hanno lesioni diverse cutaneemucose (impetigo, lupus, congiuntiviti, vegetasioni adenoidi) le quali aprono la porta ad infesioni multiple; nel 2º periodo l'infesione invade i linfatici; nel 8º finalmente l'azione del bacillo di Koch si esplica nella sua più grande pienessa.

Da tutto questo, l'autore deduce che bisogna curare bene e presto le prime manifestazioni cutanes per evitare i periodi consecutivi: a preferenza poi richiama l'attenzione sulle lesioni naso-

faringee, specie se adenoidi.

Per l'autore, vegetazione adenoide significa scrofola incipiente e per ciò ritiene che, associando queste idee, si potrà avere una speranza oppure una paura, la tema, cioè di una tubercolosi di là da venire e la speranza di potere evitare tanta jattura adoperando a tempo le volute cautele (Bulletin médical, 7 febbraio 1897).

Nacciarone

Rumori cardiaci nervosi. Contribute al capitele delle nevrosi cardiache. L. Hoefimayr fa rilevare la scarsezza di osservazioni pubblicate sui rumori cardiaci nervosi; infatti, nella letteratura medica esistono soltanto quattro casi, di cui 2 di Richter, uno di Geigel ed un ultimo di Lowenfeld.

L'autore comunica altri tre casi, in cui fu da lui stabilito con esattezza l'origine nervosa dei

Questi rumori nervosi sono dovuti ad un disturbo centrale di innervazione, cioè l'autore accetta la spiega data per essi da Richter, Geigel e Bouveret. Questo disturbo d'innervazione partirebbe dal nucleo del vago nella midolla allungata, la cui sede è stata di recente ed esattamente descritta da Köllik er.

Nei casi riferiti dall'autore, si tratta di neurastenia cerebrale, cioè di una malattia, in cui la sede principale del disturbo si trova nel cervello e nella midolla allungata. L'autore pensa, dall'esame dei svoi casi, che quando un individuo neurastenico lavora esageratamente, allora il centro d'innervazione per le fibre nervose, che regolano l'attività cardiaca ed innervano anche i muscoli papillari, che hanno l'asione di chiudere le valvule, si viene a trovare sotto l'influenza dannosa di una iperemia venosa e di un liquido nutritivo sopracearico di CO. Questa influenza si manifesta quale stimolo continuo fino a che perdurano le condizioni della circolazione disturbata e del diminuito scambio gassoso del sangue. Uno stimolo, che duri a lungo, determina una stanchezza del punto stimolato (Landois), la quale si manifesta poi con una debolezza degli impulsi, che

da esso partono, in guisa che questi arrivano assai debelmente ai muscoli papillari e non può aversi una chiusura completa delle valvule con tutte le sue conseguenze. Per provare la giustezsa di tale teoria, basta vedere gli effetti benefici, che si hanno da una cura terapeutica e dal moto all'aria libera, il quale, aumentando l'introduzione di ossigeno rimuove le influenze che danneggiano il centro del vago e scompaiono le conseguenze cardiache. Il già detto spiega i rumori funzionali sistolici e la dilatazione leggiera del cuore, che si osserva in pari tempo.

Ma la cosa è diversa per la spiega del rumore diastolico. Se si ritiene, dice l'autore, come recentemente è stato affermato, che la chiusura valvulare non avviene per il rinculo del sangue, ma si ha alla fine della sistole, allora potrebbe anche nei rumori nervosi diastolici la mancanza di chiusura delle valvule semilunari essere dovuta ad una debole innervazione dei muscoli tensori (Münch. medic. Wochenschr., n. 4, 1897).

Scagliosi

BATTERIOLOGIA

Sopra nu dipiecocco capeulate rinvenuto nelle focce di un informo affetto da enterite oronica. Caeagrandi nel marso 1895 ebbe ad analizzare le fecce di un giovanetto quattordicenne, il quale era affetto già da 7 anni da catarro enterico ri-

Le fecce erano di consistenza liquida, fioccosa, di colorito tendente al giallognolo, di reazione lievemente alcalina.

Al microscopio, oltre a leucociti, emazie, detritus, ecc., l'autore notò che la fiora batterica pareva rappresentata da un solo microrganismo il quale era molto evidente, anche a lieve ingrandimento, per le sue notevoli dimensioni (µ 1 × 2 in media) e che a prima visca si poteva giudicare come un diplococco capsulato.

Questo era mobilissimo, non si colorava col Gram e difficilmente assumeva i comuni colori di anilina, se non era precedentemente trattato con acido acetico al 112 o o con acqua di Jawelle, con potassa diluita, mentre si colorava bene con bleu di metilene alla potassa, preparato ed usato alla Koch.

Con flocchi contenenti questo diplococco, l' autore fece innesti in gelatina a piatto ed ottenne lo sviluppo di numerosissime colonie, tutte pure, dopo 48 ore, tenendo le culture alla temperatura dell' ambiente.

Con queste colonie poi fece innesti in brodo, in gelatina, in agar.

In base ai dati ottenuti, l'autore potè convincersi di trovarsi di fronte al diplococco già studiato dal De Silvestri in una epidemia che infieri nel settembre del 1894 sulle rive del lago Intanto, riveduto l'infermo dopo vari me-abbia o no influenza.

si, durante i quali egli era rimasto in campagna ed il processo morboso erasi mostrato con caratteri ora di minore, ora di maggiore gravezza e riesaminate le fecce in un momento in cui lo infermo affermava di sentirsi in condizioni poco buone, con sua sorpresa, dopo notati i caratteri macroscopici delle fecce essere pressocchè identici a quelli della volta precedente, all'esame microscopico delle stesse, il diplococco era del tutto assente. Invece si rinvennero stafilococchi piogeni albi, batteri del colon, ecc.;

Ed allora, l'autore, tenendo presente la lunga durata della malattia, pen:ò che lesioni anatomiche si fossero già determinate nel crasso dello infermo. Però se tale considerazione spiegava perchè l'infermo non migliorasse, non valeva a dare ragione della scomparsa del diplococco.

Allora, possedendo ancora un campione di culture in brodo dello stesso diplococco, ne saggiò una 2ª volta la virulenza verso i gatti; il risultato o tenuto fu negativo, poiche il diplococco rimase inofiensivo, nè all'autopsia si rinvennero lesioni intestinali.

In base a tali risultati, l'autore crede si possa affermare che il diplococco da lai isolato perde facilmente la virulenza (sia nelle culture che nell' intestino degli individui) e che ancora, dopo un certo tempo cessa anche di esserne l'ospite.

In quanto alla sua azione patogena, tenendo presente il facile esaurirsi della virulenza ed il mancato sviluppo nell' intestino del suo infermo, in un tempo relativamente breve; tenendo presente l'aver esse determinate nei gatti un catarro intestinale acuto e l'essere stato trovato in una epidemia disenterica acuta, l'autore crede che molto probabilmente non possa essere tale microbio ritenuto come fattore di processi infiammatori di indol- cronica, ma tutto al più di indole acuta.

Ed allors, riferendosi al caso osservato, all'autore parrebbe che esso, localizzandosi neil'intestino dello infermo, ne avesse solo esacerbato temporaneamente lo stato infiammatorio (La Clinica moderna, 27 gennaio 1897).

Nacciarone

SIFILOGRAFIA E DERMATOLOGIA

Sull'etiologia della sifilide maligna. Neumann discute, in seguito ad un caso di sifilide maligna da lui osservato, il modo di vedere sostenuto da Tarnowsky nel terzo congresso internazionale dei dermatologi in Londra. Con questo caso di sifilide maligna, dice l'autore, viene di nuovo a galla l'antica e non ancora risoluta questione. cioè se la qualità del virus, indipendentemente da altri fattori, come la costituzione e le condizioni individuali della persona infettata, determinino il carattere della sifilide o se le condizioni costituzionali dell'individuo infettato de-Maggiore e gli esperimenti fatti su animali da | terminino il carattere della sifilide, oppure, infine, laboratorio (cavie, gatti) glie lo confermarono. se la concorrenza di altri fattori sconosciuti vi

Il decorso ordinario della sifilide, dalle affezioni primarie sino allo stadio gommoso, non può spiegarsi soltan o con l'azione del relativo bacillo o celle sue tossine. La sclerosi purulenta (ulcerosa), non può riguardar i quale esclusivo prodotto del virus sifilitico puro, poiche la suppurazione origina per l'azione di batteri piogeni, i quali possono trovarsi sin dal principio nell'ulcera od infettare quest'ultima più tardi; ma non é nemmeno da negare che talora la suppurazione ha luogo senza il concorso di batteri piogeni, ma per opera degli stimoli chimici ; tuttavia non crede l'autore accettabile quest'ultima teoris, perchè essa non è stata sinora provata e non può aver valore dinanzi al fatto addimostrato, che nella sclerosi purulenta in e vengono dei batte i piogeni. Quindi la selerosi puru enta è il prodotto di una infezione mista, del virus sifilitico e dei batterî piogeni. L'esperienza insegna, che i casi, in cui si ha sclerosi puru enta, sono seguiti da sifilide a decorso normale e raramente da sifilide maligns. In questi ultimi casi si è indotti ad ammettere, che il mutar ento del decorso ordinario della sifilide, risiede nell'organismo dello individuo infetto ed in condizioni determinate nel medesimo da influenze esterne.

Infatti negli individui beoni, tubercolosi, scrofolosi, diabetici ed in generale di debole costituzione, la sifilide assume un carattere grave, maligno.

L'autore ha osservato ancora, che la qualità del virus sifilitico non predice la reasione futura dell'organismo verso il medesimo, la quale è dipendente soltanto dello stato particolare, in cui si trova l'organismo al momento in cui esso riceve l'infesione.

L'autore cerca poi di stabilire, se da questi ·focolai abbia luogo una invasione di batteri piogeni nell'organismo. Questo non si ha nei casi, in cui la sifilide non ha un decorso maligno, ma quaudo essa lo acquista, allora si può dire, che è avvenuta un' invasione di batteri piogeui. Ma rimane insoluta la questione, perchè nei primi casi non avviene una infezione piemica e negli sltri si. Non vi è alcuno dubbio, osserva l'autore, che nella seconda ipotesi esistono condizioni, che rendono possibile l'invasione dei batteri piogeni cicè l'infesione piemics. Queste condizioni, secondo insegna la clinica, si trovano nei beoni, nei tubercolosi, nei diabetici ed in generale negli individui di castiva costituzione o viventi in condizioni anti-gieniche, e possono preesistere alla infesione od insorgere in qualunque fase della medesima, la quale allora assume un decorso maligno. Esse possono essere eliminate terapeuticamente o con ajtre misure e può così il processo sifilitico prendere il decorso normale.

La sifilide maligna non è determinata soltanto dai batteri piogeni, ma vi concorrono ancora in prima linea altri fattori, che, secondo l'autore, sono rappresentati dalle alterazioni dei tessuti, che formano il substrato di tutti i processi patologici della sifilide maligna, o, detto più chianamente, dalla speciale costituzione individuale dei tessuti (Wiener medic. Presse, n. 5, 1897).

Scapliosi

NOTIZIE

Nomine di professori all'Estere

L. Kespler fu nominato prof. straordinario di giuecologia a Dorpat.

Il prof. Kobert, membro della scuola superiore di Dorpat, lascia la sua cattedra, perché chiamato come Direttore dell'ospedale per le malattie di petto in Gorbersdorf.

Il prof. ordinario della scuola superiore veterinaria di Monaco, dott. G. Rückert, fu nominato professore ordinario di Anatomia alla facoltà medica.

Hubert Peters fu nominato libero docente di ostetricia e ginecologia nell'Università di Vienna.

Bollettino sanitario italiane del mese di novembre 1896

Confrontando la statistica del mese di novembre 1898 con quella del novembre 1895 e con quella dei mesi precedenti nello stesso anno 1896, si hanno per tutti i Comuni del Regno, che contavano complessivamente circa 81 milioni d'abitanti al 81 dicembre 1895, le cifre seguenti:

	Casi denunciati nel mese									
Mesi	Vaiuolo	Morbillo	Scarlattina	Febbre tifoi- des	Tifo esantema- tico(petecchia)	Difterite	Febbre puer-	Pustola mali- gua	Rabbia	Influensa
Genn. Febb. Mar. Mag. Giug. Lugl. Agos. Sett. ('96 N ('95		16867 18374 7154 4938 4964 6266	998 1895 1681 1256 1088 955 786	1495 1511 1868 4287 8107 9108 7646 5850	25 27 45 80 84 49 44	2412 2244 2086 1579 1485 1497 1469 1640 1609 1526 1777 2176	258 250 262 250 209 170 180 197 161 198	258	16 11 7 21 14 14 21 12	880 2709 8451 — — — —

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE MEDICO CHIRURGICHE

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella selativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dall'Opera.

Scadenza 28 febbraio.

Sommanio. — 1. Questioni scientifiche del giorno. Salas-o-trasfusione.—2 Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma. Prof. Campana.—La Rupia.- Società scientifiche.—4. Rivista di Cliniche. Clinica chirurgica dell'ospedale della Pietà in Parigi (prof. Berger). Ernia epiploica sottombelicale.—5. Rassegna della stampa. Riviste speciali.— 6. Formulario.— 7. Notisie.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

na sent na 1820 i 1875 a da heat da blada i beles da sent da heira da blada da sella da la compania da la comp

Salasso-trasfusi one

Bosc, nel 1893, ha dato questo nome ad un processo terapeutico, da lui consigliato per la cura del colera e di altri infezioni, il quale consiste nell'eseguire un salasso e, subito dopo, un' iniezione endovenosa d'acqua salata.

Questo metodo di cura ha dato buoni risultati, in moltissimi casi di malattie infettive, all'autore

stesso, a Barrè ed a Tuffier.

L'eliminazione, per mezzo del salasso, d'una grande quantità di tossine, costituisce l'indicazione capitale della salasso-trasfusione, e dovrà far preferire, in molti casi, questo metodo alla semplice iniezione d'acqua salata, che anch'essa, come nessuno ignora, è d'utilità incontestabile nella cura delle infesioni.

Con esperienze sugli animali, l'autore ha dimostrato che il siero del sangue possiede un altissimo grado di tossicità nel colera, nell'uremia e nelle gravi polmoniti: lo stesso è vero, faor di dubbio, anche per molte altre infezioni. Il salasso dovrà esser abbondante, cioè di almeno 300-400 grammi, affinchè per suo mezzo, si evacui dall'economia una massa considerevole di veleno.

Una tale indicazione è certamente logica; tuttavia sorge l'obiezione: non è egli un danno, il privare l'organismo d'una rilevante quantità di sangue circolante, appunto nel momento in cui esso ha bisogno di tutte le sue forze per lottare contro l'infezione?

La migliore risposta a quest' obiezione è data dall'esperienza clinica, cioè dal miglioramento rapidiesimo, istantaneo, che il salasso permette di ottenere in molti casi di uremia, di polmonite, di tifo, di colera, ecc.

Specialmente per quel che riguarda quest'ultima malattia, le obiezioni teoriche contro il salasso sembrano a prima vista, pienamente giu-

stificate.

Difatti, a tutta prima, potrebbe sembrar cosa assurda e, per giunta, molto colpevole, il togliere 300 grammi di sangue ad un coleroso algido il cui polso si sente appena, o è del tutto abolito. Eppare non è così. Annesley, il quale ebbe occasione di curare moltissimi colerosi, si esprime come segue, in riguardo alle sottrazioni sanguigne: « nel colera il salasso, invece di produrre la sincope, migliora costantemente lo stato del polso, e fa cessare il senso di sfinimento e

vato tutti i colerosi nei quali egli esegui il salasso. D'altra parte, è ferma opinione di tutti i medici cell'India, a quanto dice Cruveilhier, che nel colera non si può sfuggire al collasso, se non per l'emissione di una gran quantità di sangue.

Un salasso di 300 grammi fatto ad un coleroso, equivale per l'inspessimento del sangue, ad un salasso di 400 a 500 grammi fatto in altre condizioni. Tuttavia esso dà ottimi risultati: e questi, secondo l'esperienza dell'autore, si manifestano spesso nel corso stesso dell'operazione, con un miglioramento del polso, e con una maggiore facilità e regolarità della respirazione.

È stato detto da alcuni, che, nelle infezioni, il salasso non può che riuscir dannoso, perchè sottrae all'organismo una gran quantità di fagociti, e con ciò una parte dei suoi mezzi di difesa. Vediamo adunque se quest'obiezione è seria, se

essa regge alla critica.

Nelle gravi infezioni ha luogo un intenso avvelenamento del sangue, per effetto del quale si produce un'atonia dei piccoli vasi, un abbassamento della pressione sanguigna, un'azione degenerativa sui parenchimi indispensabili alle regolazioni organiche (come il fegato, i reni), e una diminuzione o cessazione d'attività degli organi ematopoietici, come i tessuti linfoidi in generale. Quanto alla fagocitosi, essa cessa di esercitarsi, quando i fagociti stessi, per effetto dell'intensa intossicazione del sangue, vengono ad essere profondamente lesi.

Quindi, come è mai possibile che il salasso nuoccia alla fagocitosi, se i fagociti hanno già cessato di funzionare, per la grande intensità

dell'intossicazione?

A causa di quest'ultima, gli organi ematopoie. tici sono in istato d'asfissia, di paralisi più o meno completa; per ciò è ostacolata o impelita la produsione di nuovi elementi ematici, di nuovi fagociti. Il salasso, col diminuire la quantità di velego coatenuta nel sangue, tende a ristabilire la funzionalità degli organi emato-poietici, a favorire la produzione di nuovi fagositi, e a randere possibile il funzionamento dei medesimi. Del resto, è un fatto dimostrato in modo incontestabile, che il salasso fa aumentare la quantità dei leucociti, e che il numero di questi trovasi raddoppiato o anche triplicato, 24 ore dopo l'oparazione.

Quindi, l'uso del salasso nelle gravi infezioni ed intossicazioni, dimostrato utile dall'esperienza clinica, deve ritenersi tale anche per ragioni teoretiche, fondate sulla fisiologia patologica.

Ma l'utilità del salasso diventa ancor più grande ed ancor più incontestabili, quando ad esso si fa seguire immediatamente un'iniezione en lo-

venosa di siero artificial.

L'acqua salata, introdotta nel sistema vasale, diluisce i veleni ancora contenuti nel sangue, rinforsa i globuli rossi, fissa la loro emoglobina, diminuisce il potere globulicida del sie : o sanguigno (Castellino), ed esercita un'azione molto favorevole sulla funzione degli organi ematopoietici e sulla nutrizione generale. Inoltre le iniedi soffocazione .. Quest'autore afferma d'aver sal- zioni endo-vasali d'acqua salata rialzano la pres-

١ عجد ٠

sione sanguigna, attivano la diuresi e le altre secrezioni, favorendo così, in alto grado, l'eliminazione delle tossine.

Le cose dette possono riassumersi nelle seguenti

il salasso. anche solo, è indicato in tutti i casi, nei quali esiste un grave avvelenamento del sangue. Esso dovrà essere abbondante, e per eseguirlo non bisognera aspettare che l'infermo si trovi in imminente pricolo di vita. Il salasso, sottraendo una parte dei veleni esistenti nel circolo, diminuisce l'asfissia dei centri respiratori e cardiaci, nonchè dei parenchimi, che stanno in intima e diretta relazione con l'ematosi e con la nutrisione generale.

Facendo seguire al salasso un'iniezione endovenosa di siero artificiale, iniezione che diluisce i
veleni, lava ed eccita la cellule, rialza la pressione sanguigna e favorisce le funzioni ematopoietiche e nutritive, si avrà un metodo di cura
efficacissimo, che potrà rendere grandi servigi
anche in casi disperati, e che ne renderà assai
più grandi, se, per applicarlo, non si aspetterà
che gli infermi siano in imminente pericolo di
vita (La Presse mèdicale, 6 febbraio 1897).

Loddo

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA prof. R. Campana. — La rupia.

'Sommano.— Storia clinica di un caso di rupia; morfologia della eruzione; altra eruzione esistente sul volto del medesimo infermo e modificata dall'azione
d-lla sifilide.— (Acne roseo eritematoso da sifilide.—
La diminuita resistenza organica che facilita il processo ulceroso dei sifilodermi: se essi si verificassero
sempre su persone robuste non dovrebbero dare il
fenomeno della ulcerazione, che nei casi di virulen
za eccezionale del male. Alcoolismo che facilita il
processo ulceroso.

Su gran parte della superficie del corpo di questo infermo, si vedono erusioni nodulari ed ulcerc-crostose, con carattere speciale di luridità della crosta.

Questa erusione, esaminata particolarmenti, riveste i seguenti caratteri. I noduli, o inspessimenti nodulari, sono in più scarsa quantità. Se ne vedono sulla fronte, sul collo: si percepiscono come noduli e non come semplici rilievi cutanei, perchè palpando la cute, in corrispondenza di essi, la si sente più dura del normale; e cercando di sollevarla, non vi si riesce in modo da avere la mobilità dei diversi strati della medesima, come nello stato ordinario di una cute sana. Si vedono poi sollevamenti a forma di strie, che rivestono gli stessi caratteri dei noduli circoscritti.

Oltre a ciò: eruzioni ulcero-crostose e cicatrici inon nella parte sana.

le croste sono luride quasi nere, alcune fatte come a gradoni, di forma irregolare. Si vedono solusioni di continuo, scoperte, alcune sanguinanti, con bottoni carnosi ricoperti da detrito icoroso.

Allontanata qualcuna delle croste, si mette allo scoperto una lesione simile alle già descritte. Le crost: sono fragili; ciò che dice non essere. il risultato di un processo psoriasico od eczematoide, in cui partecipa notevolmente la produzione epidermica, che dà una consistenza cornecide alla crosta. La crosta che si forma in questi ultimi casi ha una impalcatura dura dovuta a tessuto cornecide. Questa crosta di color nero che in questo infermo è il risultato di materiale purulento e sanguinolento disseccato bagnata da nuovo pus tenue e detrito. Allontanate queste croste, la superficie sottostante fa vedere una soluzione di continuo, a margini tagliati a filo, a colpo d'unghia, come si dice, a fondo irregolare, con bottoni carnosi scarsi, irregolari, pallidi, erosi e distrutti in parte, in alcuni tratti, od esuberanti, molli, sanguinanti; con tratti di cute che si avanzano verso il mezzo della soluzione: si vede qua e là un infossamento ripieno di materiale purisimile. Il fondo di queste alterazioni, palpato, lo si sente più duro del tessuto vicino, e la cute residuale, al di sotto ed intorno ad esso, non ha lo stesso grado di mobilità nelle parti sane. Le cicatrici sono di due varietà; alcune colorate in rosso, rosso-livido, altre bianche. Le cicatrici rosso-livide sono piane, ma presentano anche rilievi cordoniformi: dove è più recente la cicatrice, il colorito dispare alla pressione, permanendo, durante, questa, una leggera suffusione giallastra: l'epidermide è assottigliata, resa liscia.

Sollevando un tratto di pelle sana e paragonandolo con quella della cicatrice si vede che la cute sana è più spessa della pelle con cicatrice.

Ciò è proprio delle cicatrici di natura sifilitica in cui non concorre che la lesione sifilitica in cui non concorre che la lesione sifiliticatenza un processo settico, o traumatico complicante. Se invece la cicatrice fosse derivata da tubercolosi non sarebbe così sottile, perchè in uno scrofuloderma, per quanto si possano ottenere miglioramenti del processo, rimane sempre una parte del processo per diffusione ed anche nella cicatrice rimane una traccia di malattia, per cui essa risulta dal processo di riparazione e della malattia in corso nello stesso tempo. La cicatrice pallida è anche essa piana, liscia, terminata con margini precisi, rotondeggianti; anche; su questo tratto la pelle è più sottile, che inon nella parte sana.

Questa eruzione non si accompagna a disturbi funzionali e subiettivi. Essa è distribuita su quasi tutta la superficie del corpo: nella faccia prevale la forma nodulare, nell'occipite la ulcerante, con perdita di sostanza; negli arti la ulcero-crostosa.

Nel volto, naso, regioni geniene, si ha colorazione rossastra che non si limita con un margine preciso, ma si va sp rdendo gradatamente sulle parti vicine. Quivi vi ha qualche ectasia vasale. Inoltre la pelle è più spessa che non nei tratti sani; inspessimento che non è delimitato bene; sul naso vi sono pustole in corrispondensa dell'impianto dei peli. E' una particolarità di un morbo dermopatico a sè, a modificare la quale concorre in gran parte la malattia generale dell'infernac.

Ecco tutta la diagnosi: trattasi di rupia sifilitica con sifiloderma nodulare e cicatrici per sifiloderma nodulare pregresso. Acne roseo sifilitico del volto. E' una delle manifestazioni tardive della sifilide. Mentre in un sifiloderma papuloso e nodulare si fa lentamente la infiltrazione dove si verifica il sifilodorma, e si risolve anche lentamente, nel sifiloderma rapioide più di tutti, ma anche in altri sifilidermi, che danno luogo alla ulcerazione, avviene la distrusione di numerosi elementi contemporaneamente; cosicchè non solo si elimina il detrito della necrosi, nei prodetti di nn' ulcerazione, ma si formano necrosi, in tratti più o meno estesi, dipendenti da una parte dalla necrobiosi, dall'altra parte da lesioni vasali sotto le formo di endo e peri-arteriti e di endo e peri-flebiti, si caratt ristiche e si costanti nella sifilide. Tutto ciò si verifica in relazione della resistenza fisiologica dei tessuti staminali e vasali di ciascun individuo: per cui in uno la distruzione in massa, o molecolare di essi è in un grado minimo, in un altro in un grado assai avanzato.

Non entreremo a fare qui l'analisi delle cagioni di questa resistenza differente fisiologica degli elementi staminali, che può essere data tanto da un vizio organico dei grandi sost nitori e regolatori della vita vegetativa dell'uomo, come da un difetto di nutrizione locale.

In questo infermo la deficiente nutrizione generale, forse per insufficiente alimento, si rivela como prima cagione di questa poca resistenza dei tessuti. Ma, qui, vo ne è un'altra ancora, che ledo l'apparato principale por la distribuzione de ll'ossidazione organica. Vi è alcoolismo con lesione delle pareti vasali sanguigne.

Cosicchè se la sifilide colpisse un individuo giovane e ben nutrito, non dovrebbe mai manifestare alterazioni ulceranti e necrotizzanti, che dovrebbero solo essere dovute alle alterazioni di endo-flebiti ed endo arteriti sifilitiche, e non semplicemente a disturbi funzionali, con indebolimento del tono e della resistenza vasale. Avranno notato, che, tanto nel volto, come sul resto del corpo, più di tutto sul volto, si vedono queste ectasie di capillari vasali, in corrispondenza dei follicoli piliferi.

Questa è un'espressione diretta dell'azione dell'alcool, la quale si estrinseca sulla cute, di preferenza sulla circolazione dell'apparato sebaceo follicolare.

In questo caso, dunque, oltre dell'azione della sifilide, vediamo gli effetti di altre cagioni di alterazione dei tessuti. Vediamo un'alterazione sistematica dei capillari cutanei, dovuta ad alcoolismo cronico.

L'eruzione è fatta da inspessimenti papulo inodulari; e se non si usasse il mezzo di esaminare la mobilità dei diversi strati cutanei, esso inspessimento non sarebbe riconoscibile dagli altri tratti coperti da croste luride, che son formate da materiale epiteliale cornecide, detrito purisimile e sangue.

Che rapporto vi ha tra questa eruzione rupioide ed il sifiloderma nodulare, espressione anche esso della manifestazione cutanea tardiva della sifilide?

In un tratto qualunque di pelle oye ci ha una qualsiasi alterazione con perdita di sostanza, sia anche solo epidermica, dipendente da sifilide, si presenta sempre il carattere anatomico della infiltrasione di qualsiasi sifiloderma. La differenza è questa; che , in molti casi la infiltrazione flogistica si risolve insensibilmente, per riassorbimento del detrito necrobiotico molecolare, formatosi negli interstizi dei tessuti lesi; in altro caso questo riassorbimento non avviene; e gli elementi caduti in necrobiosi, isolatamente od in massa, vengono spinti verso la superficie cutanea per essere eliminati. Quivi incontrano tuttavia un po di straterello corneo, che vive quasi autoctonamente; questo resiste finchè può; si forma una raccolta del detrito, che si elimina; al di sotto di essa, si forma una flittene.

La flittene si dissecca; ma, il processo si avansa nella periferia e nel fondo; i prodotti, i detriti liquidi dell' avanzarsi del processo distruttivo, della periferia e del fondo, fanno dar luogo ad un ingrandirsi, alquanto caratteristico, di questa flittene, mezzo condensata in croste nel centro, fresca nella periferia. E si forma così una crosta conica, quasi a gradini concentrici, lurida, spessa, nerastra, che si paragona ad un guscio di ostrica. Se si asporta questa crosta, si mette allo scoperto una perdita di sostanza ulcerata e ripiena di detrito purisimile sanguinolento.

Ma, come abbiamo detto, in questo intermo, chi predispone a queste distruzioni, non è solo la sifilide, ma l'alcoolismo che lede la nutrizione vasale; ed ora, aggiungiamo, la perturbata innervazione, perchè quest' infermo è un neurastenico.

Le funzioni della vita animale, come quelli della vita organica, sono il risultato di fenomeni bio-chimici, e naturalmente questi fenomeni bio-chimici non possono essere normali, in chi si vede perturbato, affievolito tutto il tono funzionale del sistema nervoso.

Questo infermo ha pure l'acne roseo.

Questi mali sono curabili tutti coi preparati mercuriali? Come se vi ha una osteoperiostite condensante con inspessimento eburneo dell'osso, ed il mercurio su di esso non giova, o perchè il mercurio non perviene nei tratti lesi, o le osteo-periostiti condensanti non essendo il prodotto diretto della sifilide si hanno pegli effetti della reasione locale dello stimolo che produce su di un tessuto osseo anche un piccolo focolaio flogistico per sifilide.

In questo individuo la malattia non è grave per sé, perchè, stante lo stato dell' infermo, le lesioni potrebbero essere più profonde.

Vi ha l'azione della sepsi, dell'alcool negli effetti di atonia vasale; l'anemia dipendente o da sepsi che avvelena il sangue o da quelle necrobiosi e dalla sifilide.

La sifilide in se ora lede la cute, ma può essere che leda altri tessuti e dia una diminuzione nella sanguificazione. Dobbiamo tenere conto di ciò pel prognostico e per la cura.

Pronostico,—Per le mavifestazioni sifilitiche la prognosi è favorevole. Non possiamo dire lo stesso per gli effetti dell' alcoolismo, dell' anemia e della neurastenia, che se fossero dipendenti dalla sifilide potrebbero guarire più facilmente: ma non se dipendenti da cause di altra natura e ereditarie e non ben note.

Terapia. La cura antisifilitica deve essere fatta direttamente dall'esterno, nonchè dallo interno sotto forma di iniezioni ipodermiche: esternamente non preparati misti a grasso che facilitano la degene-

razione adiposa delle granulazioni carnose, ed, indirettamente, la sepsi. Bagni mercuriali; ma non in dose di un bagno dato a cute sana; ma tenendo conto delle scontinuità della epidermide che possono dare assorbimento ed avvelenamento. Quindi bagni con 1 gr. di sublimato. Copertura asettica dei tratti lesi.

Iniezioni ipodermiche di formamidato mercurico. Alimentazione prevalentemente carnea: vino in mediocre quantità, essendo dannoso in questo momento, per il tono neuro-vascolare dell' infermo, l'allontanarlo del tutto. Riposo: vita igienicamente ordinata.

(continua)

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società francese di Biologia.-Fisiologia patelogica dei versamenti pericardici. - Sull'antracosi polmonare. -Sieroterapia contro il veleno del sangue dell'anguilla.-Fasci medullo-cerebellari. - Throide e cretinismo. - La tossina tifoide solubile. - La reasione agglutinante sui bacilli morti. - Tecnica della siero-diagnostica.-Agglutinazione dei bacilli difterici. - Sull'agglutinazione dello pneumo-bacillus-bovis.- Il sangue negli splenectomizza.ti.- Digitalina e strofantina.-Asione del simpatico sulle congestioni cutanee. - Bronco-pneumoniti infantili da bacillo di Pfeiffer-Linfangioite pneumococchica-La tetania epatica. - I centri psico-motori. - 1 pseudo-coccidii del vaiuolo e del vaccino - Società di laringologia in Vienna.-Stomatite epidemica.-Calcolo del dôtto di Warton. - Club medico di Bruxelles. - Complicanze tardive in una cura radicale di ernia. - Della puntura lombare. -Un caso di retroflessione gravidica per fibroma, preso per gravidansa extrauterina.- Papilloma della vescica.-Dell'appendicite.

SOCIETÀ FRANCESE DI BIOLOGIA Tornate del 28 e 80 gennaio 1897.

Fisiciogia patelogica del versamenti pericardici. Franck con 4 serie di esperimenti delucida la fisiologia patologica degli accidenti risultanti dalla compressione del cuore, esercitata da versamenti pericardici ed il meccanismo del collasso cardiaco e del polso paradosso.

Dalla 1ª serie di esperienze risulta che quando la compressione aumenta, la corrente sanguigna è rallentata fino ad arrestarsi quando la pressione esterna vince quella endocardica. Basta vincere la endopressione auricolare perchè il cuore si fermi; quella ventricolare è accessoria.

Dalla 2ª serie di esperienze emerge che grande parte alla spinta del sangue è data dall'elasticità delle arterie; infatti, quando il cuore si ferma, per l'equilibrio delle due pressioni (intra ed extra-cardiaca) o per la prevalente compressione esterna, per l'elasticità arteriosa, si riproduce sperimentalmente il polso paradosso.

Dalla 8ª serie di esperimenti risulta che l' influenza della contropressione è, in parte, bilanciata dalla forzata inspirazione che l' animale esercita quando è assittico e che quindi occorre una compressione molte forte perchè il cuore si fermi.

Finalmente dalla 4ª serie di esperienze ha potuto constatore che biscgna avere un mazzimum di pressione intrapericardica, la quale sia molto superiore alla pressione venosa, per provocare la morte per arresto del cuore.

Sull'antracesi pelmenare. Claisse e Josub sottoposero ben 78 animati per 10 mesi ad inalazioni di pulviscolo di carbone; in parecchi di questi essi provocarono eziandio altri stati morbosi per vedere quale fosse l'esione reciproca dei 2 morbi.

Essi han potuto constatare che l'introdusione di polvere di carbone nei polmoni non è causa di alcun disturbo generale, ma non provoca neppure in sito il minimo processo inflammatorio reattivo (anche dopo 260 giorni).

Quanto all' influenza dell' antracosi sugli stati morbosi locali e generali, solo 2 volte sopra 11 si vide attivarsi l' evoluzione patologica di una

pneumoconiosi preesistente.

Negli animali tubercolizzati ed in quelli in cui fu reciso lo pneumogastrico, l'antracosi fu osser-

vata essere più accentuata.

Gli oratori concludono dalle loro ricerche, che il carbone, per sè, è incapace di determinare con la sua presenza stati patologici negli organi respiratori; l'antracosi può essere una causa predisponente ad altre malattie e sono queste ultime quelle che determinano poi un quadro clinico speciale.

Siere-terapia centro il volene del sangue dell'anguilla. Richet ed Hérisourt riferiscono di avere ottenuto, con i noti processi, un siero curativo e preventivo (pei cani e pei conigli) contro il veleno del sangue delle anguille.

Fasel medulic-cerebellari. Themas praticando in vari animali l'emisezione della midolla cervicale e seguendo fino nel cervelletto le degenerazioni ascendenti, ha veduto che i fasci più deteriorati sono quelli del Flechsige e quello di Gowers.

Il primo termina nel verme posteriore dello stesso lato ed anche dell'altro.

Il 2º si arresta più in basso.

Analoghe lesioni l'oratore potè constatare in un individuo morto con morbo di Pott, esercitante una compressione della midolla cervicale.

Tireide e sretinisme. Monssu dimostrò altra volta che l'ablazione isolata delle ghiandole para-tiroidee, negli animali, riproduce l'intossicazione acuta mortale, erroneamente detta tiroidea, ma che dovrebbe chiamarsi para-tiroides.

Ora presenta alcune fotografie di animali, ai quali fu asportata solo la tiroide, rispettando i lobuli para-tiroidei, durante la loro giovine età. L'intossicazione para-tiroidea non si verificò, ma gli animali crebbero gracili, malandati, indolenti, quasi (come dice l'oratore) affetti da cretinismo sperimentale.

L'oratore richiama l'attenzione sulla diffe-

renza che passa tra funzione tiroidea e paratiroidea.

La tessina tifeide selubile. Chantemesse (V. Riforma medica. vol. Io, n. 84, p. 410, 1897).

La reazione agglutinante sul bacilli merti. Widal e Sicard riconoscendo che i bacilli conservano per alcun tempo dopo la loro morte la proprietà agglutinante, hanno istituito una serie di riverene per vedere se possa questo agglutinamento riuscire utilizzabile per la pratica; gli oratori sottoposero i bacilli tifici all'azione di diversi agenti fisici e chimici.

Esponendo, per i 2 ora, culture in brodo di bacilli tifici ad una temperatura di 100° a 70°, questi perdono in parte la proprietà di agglutinarsi.

Se si prende un siero sufficientemente potente, la reazione si produce ancora, ma più lentamente e meno netta,

E' da notare che anche prima dell'aggiunta del siero alle culture si distinguono pseudo-ammassi formati di elementi che non possono mai separazzi con l'agitare il tubetto.

Sottoponendo poi un tubo di cultura a 57°-60° C°, i microbi tifici conservano quasi tutta la loro sensibilità all'azione del siero e gli ammassi formati sono del tutto simili a quelli ottenuti con bacilli vivi.

Alcuni antisettici possono uccidere i microbi contenuti in una cultura, trasformandoli meno del calore, e lasciando i bacilli necrosati più sensibili all' azione dei sieri.

Il formolo è il più utilizzabile, superiore alle essenze che spesso spontaneamente danno pseudo-ammassi prima della addizione di qualunque siero.

Se a 150 gocce di una cultura tipica vecchia di 1.2 giorni, in cui non vi sia ombra di pseudo-conglomerati, si aggiunge 1 goccia di formolo, i bacilli sono uccisi, ma restano come imbalsamati, nella posizione in cui si trovavano al momento in cui fu versato lo antisettico, conservando integralmente tutta la loro suscettibilità alla reazione agglutinativa, nè più ne meno come i bacilli vivi e giovani.

Dal punto di vista pratico, adunque, si potranno conservare in laboratorio tubi trattati al
fermolo col processo ora detto. Se al momento
di fare un esame siero-diagnostico non si hanno
a disposizione culture viventi giovani, si potrà
con la cultura al formolo ottenere un risultato
immediato attendendo la controprova che darà
l' indomani una cultura viva e giovane.

Tecnica della siere diagnestica. Rénon.—Nelle culture, talvolta anche di 24 ore, spesso si formano pseudo-ammassi i quali possono far fare una diagnosi erronea, la quale è confermata tale quando il giorno appresso si ripete un nuovo esame.

Unico messo per ovviare a tanto inconveniente, è quello di esaminare tra 2 vetrini una delle 10 gocce di cultura alle quali si vuole aggiungere il siero sospetto.

Aggiutinazione dei bacilii difterici. Nicelas riferisce che il siero degli animali trattati con l'antitossina difterica possiede azione aggiutinante solo pei primi giorni consecutivi alla iniezione, ma poi scompare.

Il siero di differici non curati con l'antitossina difterica, però, non possiede alcun potere aggluti-

nante.

Sull'aggistinazione dello paeumobacilius-bevis. Arloing.—Immuniszando gli animali contro lo pneumobacilius-bovis con l'iniezione ipodermica di siero polmonale di animali morti per peri-pneumonite bovina, il siero di tali animali immuniszati aggiutina le culture del bacillo, proprio allo stesso modo del siero di animali colpiti dalla malattia.

Il sangue poi possiede un grado elevato di asione agglutinante.

Il succo del polmone, della milza, del fegato, dei gangli linfatici, è dotato della stessa proprietà, però in grado più lieve.

Il sangue negli spienectemizzati. Hartmann e Vaquez henno osservato in seguito alla spienectomia, un notevole abbassamento dell'emoglobina che si rigenera lentamente; una leucocitosi tardiva (1 a 5 mesi) che assume sopra tutto la varietà di linfociti o globuli piccoli, mono-nucleati; tsivolta una leucocitosi eosinofila ancora più tardiva.

Digitalina e strefantina. Françole-Franck.—Queste due sostanze hanno sul cuore un'azione sensibilmente equivalente, del tutto paragonabile a quella delle azioni dirette. Esse agiscono sul miocardio e non sull'innervazione cardiaca.

Aziene dei simpatite sulle cengestieni cutanee. Jacquet ha osservato in un tisico una pseudo-e-risipela del naso, la quale si manifestava con tutti i segni della vera erisipela solo quando l'infermo soffiava il naso e durava per 8/4 d'ora circa; indi spariva.

Il posdomani dall' osservazione l' infermo (tisico spacciato) mori e l'oratore all'autopsia trovò il simpatico di destra ravvolto, fino alla 4ª vertebra dorsale, in un enorme inspessimento pleu-

rico.

L'oratore ravvicina questo fatto clinico a quelli sperimentali, con cui dimostrò l'azione dei traumatismi locali sulla congestione locale dietro sezione del simpatico.

Laborde in un caso, constatato poi dalla radioscopia, potè diagnosticare la sezione traumatica del simpatico destro.

Si trattava di una guardia colpita al disotto dell'orecchio da un proiettile. Egli accusava vertigini, midriasi ed ipotermia dell'orecchio dal lato colpito.

Brenco-pneumeniti infantili da bacille di Pfe iffer. Meunier ha potuto, in 10 casi di bronco-polmonite infantile, constatare la presenza del bacillo dell'influenza.

Questa era la vera causa determinante del

morbo. L'oratore ritiene che la simbiosi di altri agenti patogeni in simili casi sia secondaria, specialmente poi negli individui gracili o tubercolosi.

Netter ritiene che il bacillo di Pfe i ffer non è capace da solo di generare la bronco-polmonite. Esso, infettando tutto l'organismo, prepara il terreno alle infesioni secondarie. Dice che le ricerche del Meunier, però, sono interessanti, poichè confermano in modo incontestabile l'asione dell'influenza nell'etiologia delle bronco polmoniti infantili.

Linfangielte pueumeseschiea. Glibert e Granet in un caso di linfangioite dell'arto inferiore consecutiva ad una piaga mai curata, rinvennero la presenza dello pneumococco. Questo microbio non è stato mai segnalato come causa di linfangioite. La malattia, del resto, ebbe la sua evoluzione normale, salvo che la defervescenza fu brusca come si ha d'ordinario nelle affezioni pneumococchiche.

La tetania epatica. Gilbert ha visto sopraggiungere la tetania in una donna affetta da coliche epatiche. La tetania si determinava contemporaneamente agli accessi epatici e rapidamente spariva con questi.

Essa colpiva irregolarmente i 4 arti.

I centri pelse-meteri. Centejcan d'oc che tali centre sarebbero in realtà sensitiv'; il loro eccitamento produrrebbe il moto solo per azione riflessa.

I pasudo-cossidi dei valuole e dei vacciue. Saimen. Le figure descritte dal Guarneri come coccidi in realtà dovrebbero essere attri buite a leu-cociti intracellulari deformati.

Marchal. — Variazioni numeriche delle specie animali sotto l'influenza dei parasiti.

Barrier. — Morfologia della troclea femorale nei mammiferi.

Broca. — Sui fenomeni soggettivi consecuti ≰. alle percezioni luminose.

Megnien. — Sur un'epidemia da strongili, osservata nelle lepri dell'Alta Marna.

Renus. — Messo d'impregnare i muscoli di un cadavere col cromato di argento in guisa da renderli impermeabili ai raggi catodici.

Artauld. — Neurastenia consecutiva ad inalazio ne di fiori di lauro-ceraso.

SOCIETÀ DI LABINGOLOGIA IN VIENNA

Tornata del 7 gennaio 1897

Stomatite epidemica. Stoerk ha osservato recentemente vari casi di stomatite epidemica, i quali poterono essere guariti solo con l'uso di una solusione di creosoto al 2 °_[e]. Quindi il giovamento ottenuto da questo parasiticida l'induce a ritenere che la stomatite sia di origine parasitaria.

L'oratore insiste sul fatto che 3 dei suoi 4 infermi si trovavano per la loro professione sempre a contatto cou animali bovini od equini, il che depone per l'affinità fra la stomatite epidemica dell'uomo e quella aftosa degli animali.

Heindi ha anch'egli osservato in quest'ultimi tempi 15 casi di stomatite epidemica a forma eritematosa od ulcerosa. Tra questi v'era un operaio

fabbricante di spazzole.

Calcele del dòtte di Warten. Hayek presenta un calcolo grosso quanto una avellana asportato dal canale di Warton di una donna di 85 anni. la quale da circa 2 anni accusava una sensazione penosa sotto la lingua.

E poiché l'esplorazione dimostrò la presenza di un calcolo nel dòtto di Warton di sinistra, inciso l'orificio libero del canale, fu facile asportare

il calcolo.

L'inferma non aveva mai presentato alcun sintema da parte del pavimento della bocca o delle glandule salivari.

CIRCOLO MEDICO DI BRUXELLES

Tornata dell' 8 gennaio 1897.

Complicanze tardive in una cura radicale di ornia. Van Engelen ha operato, non ha guari, un uomo, di ernia col metodo Bassini e il risultato fu perfetto. Otto mesi dopo, comparvero sintomi di cistite, preceduti da febbre, ed il pasiente emise con le urine due fili di seta provenienti l'uno dalla legatura del peduncolo e l'altro della sutura musoclare. L'oratore crede che siasi prodotto un flemmone paracistico, apertosi in vencica e poi guarito.

Della puntura lembare. — Nauweiner nel liquido spinale raccolto, in un caso di meningite, con la puntura lombare, ha potuto, serven losi della centrifugazione, rinvenire alcuni rari bacilli tubercolari, che mancavano nei flocchi fibrinosi.

Un case di retre-flessione gravidioa per fibroma preso per gravidanza extrauterina. Criekx.—Una gicvane di 20 anni soffriva da due mesi di leucorrea abbondante, con sintomi di ritenzione di urina, dolori vivissimi nei basso ventre, glucosuria e diminuzione dei mestrui.

Nello spasio del Douglas si palpa un tumore nettamente fluttuante che ha addossato la matrice contro il pube; il collo uterino rammol-

lito, permette l'introdusione dell'indice.

Stante i dolori continui, Lavis è pensò ad una gravidanza extra-uterina ed esegui la laparotomia. L'utero gravido in retroflessione ocsupava tutto il piccolo bacino e presentava nella faccia posteriore un fibroma interstiziale, grosso come un uovo di tacchino.

Dopo estirpato il tumore e rimesso l'utero in posizione normale, la glucosuria fini immediatamente insieme con i dolori, e, nonostante la persistenza di scolo sanguigno per dodici giorni di seguito, non si ebbe aborto.

Papillema della vescica. Dufour riferiace il caso di un uomo di 80 anni ricoverato all'ospedale per cistite con leggiera ematuria, che durava da

Spesso l'infermo emetteva dei piecoli calcoli fosfatici e si notava un arresto brusco del getto dell'urina, sia durante la minsione, sia durante

il cateterismo.

La sonda di Thompson dava la sensazione di forti briglie sul basso fondo della vescica e infine il pasiente un giorno emise un frammento di tumore che fu riconosciuto di natura papillomatosa. Fu quindi eseguita la cistotomia trasversale alla Trendelenburg e si estirparono due voluminosi papillomi, i cui peduncoli vennero cauterissati fortemente. Il pasiente guari del tutto in pochissimo tempo.

Dell'appendicite. Puttemane discute sulle dottrine dominanti intorno all'appendicite, rilevando che non si può essere esclusivisti, mentre fa mestieri sempre tenere in gran conto l'elemento infetti. vo. La diagnosi non è sempre facile, specie nelle forme subscute e per quel che riguarda l'atto operativo non si possono dare regole assolute. Il compito però del chirurgo deve essere quello di curare radicalmente l'infermo, facendo la resesione dell'appendice e ricercando i focolai secondati e gli ascessi a distanza.

RIVISTA DI CLINICHE

Clinica chirurgica dell' Ospedale della Pietà, in Parigi (prof. Berger).

Ernia epipiolea settembelicale.

Si tratta di una donna di 52 anni, la quale da oltre 10 anni si accorse di avere un tumore nella regione sottombelicale; questo rimase indolente fino a 8 mesi addietro.

Se si esamina la donna dopo una notte di riposo, non si percepisce gran cosa e bisogna essere prevenuti per sentire con la mano un piccolo sollevamento della parete addominale a 4 dita trasverse sotto l'ombelico, lungo la xifo-pubica.

Con un accurato palpamento si arriva però a delimitare un tumore che si infossa profondamente, ma che si estende sotto la cute (dalla quale peraltro è indipendente) al di sopra degli strati fibrosi e muscolari delle pareti addeminali; i suoi contorni sono arrotonditi e piatti; esso dà la sensazione di un tumore solido, lievemente lobulato , analoga a quella che si ha palpando una

Il tumoretto si sposta con una certa difficoltà ed ha peduncolo a larga base.

Ma se si fa tossire l'inferma, oppure le si ordina di fare uno sforzo, muta l'aspetto delle cose. Ad ogni contrazione dei muscoli addominali, la cute si solleva e la salienza sottombelicale diviene più considerevole. Ora il tumore è duro teso, più voluminoso; premendolo lateralmente si avverte una specie di crepitio, di sfloramento, dovuto allo epiploon che si riduce nella sua normale cavità, epiploon che quivi è un pò più resistente del normale.

Con l'insistenza, il tumore si riduce poco a poco totalmente, e si avverte allora la esistenza di un orificio irregolare che è quello del sacco erniario.

Questi sono i segni fisici che presenta la malattia e quindi è facilissimo riconoscere un'ernia della parete, contenente epiploon.

In fatti: un tumore pastoso, molle, depressibile, ineguale, a percussione ottusa, che subisce un aumento notevole dopo uno sforzo, che con la tosse protrude : tali sono i caratteri classici di una ernia.

Ed atteso che nel caso nostro non si ha la riduzione completa a causa di aderenze contratte dall' epiploon col sacco, noi siamo in dritto di dire che si tratti di ernia sottombelicale epiploica, in parte riducibile, della linea alba.

Ci troviamo noi di fronte a quella lesione che da alcuni vien detta ernia ventrale o laparocele?

Gli inglesi, sotto tal nome, comprendono ogni ernia che non sia crurale, inguinale o lombare; ma i francesi invece distinguono le ernie della linea alba, e le ernie addominali che possono verificarsi lateralmente a questa linea le dicono comunemente laparoceli.

Nel caso nostro, palpando l'orificio del sacco, non vi ha dubbio che si tratti proprio di un ernia della linea alba.

Di questa varietà di ernie se ne distinguono 2 sotto-classi, cioé quelle sopra-ombelicali e le sottombelicali.

Le prime, spesso si trovano associate con ernie diverse (crurali, inguinali) o multiple; esse sono a preferenza frequenti nell'uomo e si trovane lungo la xifo-pubica; spesso multiple esse stesse e sovrapposte, la loro grandezza varia dal volume di una avellana a quello d'un' arancia, ma raramente raggiungono questa ultima dimensione.

Esse si presentano sotto forma di tumoretti molli, depressibili, lievemente sporgenti e spesso seno tanto sensibili che diventano il punto di partenza di dolori acerbi, irradiantisi ai fianchi ed ai lombi e talvolta si accompagnano a fatti co o un peduncolo come nelle ernie comuni. E

dispeptici, a stirature gastriche, a vomiti, Esse quasi sempre contengono epiploon e raramente intestino, più raramente ancora poi il colon trasverso o lo stomaco; nè è raro che esse sieno costituite da un semplice diverticolo peritoneale assolutamente vuoto.

Le ernie sottombelicali sono rarissime ed il Berger su 10000 ernie osservate non ne ha riscontrato che quattro casi bene evidenti, tutti in donne.

Vi sono però dei tumori che non devono andar confusi con le ernie della linea alba; questi sono gli aventramenti.

Lo sventramento sopra ombelicale si osserva a preferenza nei neonati e specialmente nei bambini gracili che si trovano in condizioni difettose di alimentazione e di nutrizione generale: esso coesiste quasi sempre con un'ernia ombelicale e presenta la forma di un grosso intestino compreso nel divaricamento della linea alba.

V'ha una salienza mediana, la quale dalla punta del processo ensiforme va ingrossandosi sempre più a guisa di cono, la quale si fa molto più evidente quando il bambino grida o tossisce. Questi tumori non hanno tendenza ad accrescersi con l'età, anzi non è raro vedere che essi a poco a poco scompaiano spontaneamente o sotto la influenza di una condizione moderatrice; ma spessissimo ad esso residuano due ernie epigastriche sovrapposte o almeno una grande lassezza della linea alba e quindi una grande predisposizione alle ernie sopra-ombelicali che si determineranno in eta più inoltrata.

Lo sventramento sottombelicale, poi, è un'affezione della età media e si osserva a preferenza nelle multipare in cui la gravidanza indusse enteroptosi o nelle laparotomizzate.

Le prime sono effetto di una distensione enorme e di un rilasciamento delle pareti addominali e costituiscono una infermità permanente, quasi incurabile.

Quando l'inferma è a letto non si nota nulla di anormale, ma quando sopraggiunge lo sforzo, subito si designa una salienza che dall'ombelico si estende sino alla sinfisi pubica e forma una grossa massa mediana, che scompare quando le pareti addominali si rilasciano.

La mano applicata sulla linea alba, penetra facilmente nel ventre a traverso di una larga scontinuità limitata verso fuori dalla salienza dei muscoli retti; non si nota mai un anello, un saccome una insuffiazione delle pareti, causata dai visceri addominali fra diaframma e parete muscolo-aponevrotica.

Anche lo sventramento sottombelicale non va soggetto agli accidenti ed alle complicanze delle ernie (strozzamento, ecc.).

Gli sventramenti consecutivi a laparotomia offrono dimensioni molto più circoscritte e presentano quasi gli stessi caratteri delle comuni ernie.

V'ha un sacco più o meno aderente alla cicatrice ed un anello fibroso che talvolta può indurre fatti di strozsamento, ma ciò è raro, Bisogna, per altro, notare che questa tardiva complicansa della laparotomia va sempre più rendendosi meno frequente da quando alla sutura unica fu sostituita quella a strati; eppoi con una fasciatura ed una cinta bene aggiustate, questo inconveniente non si verifica. Nessun altro tumore può essere confuso con l'ernia sottombelicale e la diagnosi, malgrado la rarità dei casi, à chiarissima.

Non si deve, per altro, essere troppo assoluti, poiché a livello di tutti i punti ove penetrano le arterie si osservano una categoria di tumoretti che potrebbero indurre il clinico in errore: questi sono i lipomi erniari o ernie grassose. Questi lipomi, in principio sottoperitoneali, si mettono in contatto con i piccoli orifici dovuti allo incrociamento delle fibre aponevrotiche del trasverso, del piccolo obliquo e della guaina aponevrotica dei retti e poi attraversando tali interstiai si rendono superficiali, trascinando seco talvolta, un cul-di-sacco peritoneale infundibuliforme, il quale può o non contenere epiploon. Essi quindi hanno una parte importante nella patogenesi delle ernie vere.

Ed allora il clinico si troverà in presenza di una tumefazione peduncolata, la quale spesso passa a traverso di un anello fibroso; se questo tumore non trasmette l'impulso della tosse, esso però aumenta con gli sforzi e diminuisce in volume con la pressione, riducendosi anche completamente con un crepitio analogo a quello prodotto dall'epiploon (un pò più rude); quindi è chiaro come sia difficilissimo, in taluni casi, riconoscere un epiplocele riducibile da un lipoma erniario e che in molti casi tale distinzione sia assolutamente impossibile.

Bisogna però ricordarsi sempre che le ernie adipose raramente acquistano il volume dell'epiplocele riducibile e che l'impulso alla tosse di in sito. La cura radicale trova la sua indicazioquest'ultimo è molto più sensibile che quello del ne negli individui ancora giovani a patto he

lipoma erniacio. La sensibilità del lipoma è inoltre più viva e più precisa. Essa, per dir così, è nevralgica e gli infermi accusano un punto definito dolorifico, laddove nelle ernie vere i dolori sono più vaghi, irradiati a tutto il ventre con sensazione di stiramento, o accompagnati da coliche. D'altra parte, al palpamento, il lipoma offre una consistenza maggiore , ineguale , lobata ed è molto meno riducibile. Questi sono caratteri i quali bastano a fare evitare una sorpresa ed a dare una probabile diagnosi.

Dal punto di vista etiologico, nell' inferma in parola, molteplici furono le cause che favorirono lo sviluppo della lesione che essa porta. Questa donna ha oltrepassato l'età media della vita; essa partori 9 volte e le ripetute gravidanze certamente indebolirono le pareti addominali, creando una predisposizione all'ernia sottombelicale, la quale avrebbe avuto (a dir della inferma) come causa efficiente un trauma.

Infine questa donna è epilettica e le crisi ripetute poterono benissimo favorire la produsione dell'ernia. Quanto agli accidenti ed alle complicanse temibili in questo caso, sono gli siassi di quelli spettanti alle ernie ombelicali, però sono meno frequenti e meno accentuati. Le ernie sottombolicali aumontano gradatamente di volume; ma il vero danno di queste produzioni patologiche sono i fenomeni di strozsamento da parte dello epiploon.

In fatti si determinano aderense epiploiche le quali prima determinano disturbi addominali, dolori, dispepsia, e poi possono diventare agenti di strozzamento interno poichè un'ansa intestinale può piegarsi o ravvolgersi sopra una di tali briglie epiploiche.

L'inferma in parola ha presentato tutti questi accidenti; 6 anni addietro la sua ernia diventò d'un colpo voluminosa, tesa, dolente e nello stesso tempo disturbi intestinali manifesti indicaroro che esisteva una infiammazione dell'ernia. Può darsi che vi fu un pò di peritonite erniaria.

Poi il tumore è cresciuto e la pena e le sofferenze che l'inferma accusa sono tali che l'inducono a reclamare un intervento efficace.

Come conviene curarla?

Non v'ha che due mezzi: la fasciatura e l'operazione cruenta.

Le fasciature non sono troppo indicate perchè provocano dolore e difficilmente si mantengono

dopo l'intervento l'operata porti sempre una cintura elastica che sostenga la cicatrice impedendo la riproduzione dell'ernia.

Scoverto il sacco ed incisolo, si riducono in cavità gli organi da questo contenuti, indi si disseca con cura, si chiude bene il picciuolo con una forte legatura e si reseca a livello dell'orificio. Poi si recentano i margini dell'orificio ed a di sopra si eseguirà la sutura a piani delle parti.

Qui però due considerazioni arrestano il chirurgo e lo mettono in grande imbarazzo; l'età della donna ed il suo debole stato per dippiù aggravato dalla coesistente epilessia (L'abeille mèdicale, 6 febbraio 1897).

Nacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

« British Medical Journal », 80 gennaio 1897.

i. La cura della peste bubenics.—Glacemo Cantlle si occupa della cura generale e medios della peste,

Prima di tutto egli consiglia la somministrasione di un purgante (calomelano).

Si diano poi degli eccitanti (alcoolici, digitale,

strofanto, canfors, muschio, stricnina, ecc.).
Se esiste delirio, si può somministrare la joscina e la morfina, il bromuro di potassio, ecc.

Contro la febbre, l'autore raccomanda di non adoperare gli ordinari antipiretici (antipirina e fenacetina) perchè sono troppo deprimenti; semplicemente in casi eccesionali, in cui la temperatura è troppo elevata, può farsi qualche iniezione ipodermica di antipirina.

Contro la diarrea si adoperano i soliti farmachi.

ii. Su di una cendizione necessaria per trasformere la malaria con forme semilunari. — Ronald Ross si occupa della teoria dell'involuzione e di quella di evoluzione delle forme semilunari della maiaria, che egli sostiene.

Il più importante argomento che può esseve addotto contro l'ipotesi dell'involuzione è questo, che il processo di trasformazione delle forme semilunari, nelle condizioni sperimentali rassomiglia di più ad un processo di evoluzione che ad uno di degenerazione.

Ed in vero, per provare il processo d'involuzione noi dovremmo mostrare che la trasformazione occorre sempre, od almeno nel maggior numero di volte in cui si verificano condizioni che alterano la vitalità delle cellule, come ad es, delle alterazioni chimiche del sangue.

Al contrario, per provare la teoria di evoluzione, si deve mostrare che essa ha luogo solo in alcune condizioni appropriate che servono ad eccitare questa attività cellulare.

L'autore ha cercato di studiare in qual modo si possano artificialmente determinare le forme semilunari.

Comincia prim a di tutto col combattere l'idea del Sacharoff e del Mauson, che attribuiscono tale trasformazione alla bassa temperatura; mostra, inoltre, come nell'esposizione all'aria nè l'azione dei succhi gastrici delle zanzare possa spiegare il perchè in questi animali abbia luogo appunto tale trasformazione.

L'autore ritiene piuttosto che la causa si debba trovare nella quantità di acqua, con la quale vengono a contatto le forme semilunari.

Egli fece sul proposito vari esperimenti; da una parte egli pose su di un dito della vaselina, e lo punse; in questo modo il sangue non si evaporizzava; d'altro canto ripetè le punture, ponendo sul dito delle gocce di acqua in quantità diversa nei vari esperimenti.

Osservando il sangue e la trasformazione che subivano gli elementi della malaria, venne alle seguenti conchiusioni:

se la densità normale del sangue è di molto diminuita, le forme semilunari diventano sferiche, ma sono poi uccise.

La trasformazione non ha luogo se la densità è poca siterata, sia che venga aumentata o diminnita.

III. Sulla vaccinazione nella febbre tifeide. — Wright e Semple f.o.ro delle vaccinazioni su individui sani con culture di bacilli del tifo, che erano state esposte per cinque minuti, alla temperatura di 60° in modo da ucciderli.

Esaminarono contemporaneamente il potere di agglomerazione e di sedimentazione del siero del sangue di questi stessi individui rispetto al baccillo del tifo e lo trovarono aumentato.

Vennero slla conchiusione per ciò che era anche accresciuta o diminuita rispetto alla loro febbre tifoide.

iv. Quattro easi di febbre enterica curati col elere antitossico. Pope. — Le conclusioni, a cui venne questo autore nei casi curati, sono le seguenti:

che il siero abbia un'azione benefica sullo sviluppo della malattia è del tutto certo; rimane pertanto a determinare in che consistano i suoi affetti.

In 2 cssi dopo la prima iniezione si ebbe la defervescenza; l'aspetto della lingua e le condizioni generali migliorarono ben presto in tutti.

In un caso si ebbe a lamentare la comparsa dell'orticaria, la quale iniziatasi nella sede della punture, si estese anche nella pelle circostante.

« Annales de Ginècologie et Obstètrique », gennaio 1897.

La sinfisiotemia alla Clinica Bande i e que del 7 decembre 1895 al 7 decembre 1896.—Pinard espose 1 risultati ottenuti alla Clinica Baude i o que durante il periodo di un anno, mettendo a profitto, nella chirurgia dei visi pelvici, i precetti esposti in un precedente lavoro.

La sinfisiotomia è stata praticata 14 volte su 7 primipare ed altrettante multipare, e l'estrasione del feto venne fatta 18 volte con l'applicazione del forcipe, ed una sola volta col rivolgimento.

Il risultato finale di queste 14 sinfisiotomie fu il seguente: delle madri ne morirono soltanto due, fra i feti invece si ebbero 4 morti.

Un' endemia di paralisi radicolari estetriche. — Guillement, illustra alcuni casi di paralisi radicolari dell'arto superiore, sopravvenute in seguito a manovre di estrazione per i piedi.

La pategenesi delle paralisi brachiali nei necesata. Fleux.—Le ricerche di Erb, Fèrè e Forg u es hanno nettamente stabilito che la paralisi ostetrica dell'arto superiore è una paralisi radicolare la quale colpisce sistematicamente il 5º ed il 6º paio delle radici cervicali.

Però non tutti sono di accordo nello spiegare il meccanismo di questa paralisi, ed a priori non si comprende come in seguito a lesioni traumatiche tanto svariate come quelle che succedono per le diverse manovre ostetriche, si possa avere costantemente una lesione così localizzata e circoccritta ad un determinato gruppo muscolare.

L'autore ha ritenuto quindi necessario di portare alla ipotesi fin allora emessa un controllo anatomico, e da questo studio è venuto alla seguente conclusione: che la teoria della compressione del punto di Erb, deve essere sostituita calla ipotesi che vengano stirate le due radici superiori del plesso per le trasioni asincletiche dei collo.

L'estrazione del canale lagrimale nel neenati. — Landolt riporta alcuni casi d'osservazione personale, fermandosi sopratutto sulla terapia di questa affezione.

Un sase rare di stenesi acquisita della vagina.— Peposi a proposito di una osservazione d'atresia acquisita, crede opportuno illustrare l'etiologia di questa malattia.

FORMULARIO

Semministrazione del naftolo in scluzione

Quando si vuole somministrare il naftolo per disinfettare l'intestino è meglio adoperare il naftolo α , che è tre volte anche più antisettico del naftolo β (Maximo w i t s ch) e darlo in solusione nell'olio di ricino. Così si otterrà un'azione antisettica ed evacuante insiems.

Naftolo a.	gr. 8
Cloroformio	centigr. 10
Essenza di menta	· 10
Olio di ricini	gr. 100

Da prenderne due a tre cucchiai da suppa.

<u>.</u>__

La piperazina contre la generrea e la cistite purulenta

Secondo Tison ed Attaix la piperasina ha una azione rapida e sicura così contro la gonorrea acuta e cronica, come contro la cistite acuta purulenta. La dose più generalmente adottata è di 60 centigrammi in acqua di Selts od altra acqua gassosa.

Per alcuni la dose della piperasina potrebbe anche elevarsi ad 1 gr. nelle 24 ore.

NOTIZIE

Adulterazioni dello paste alimentari

Con circolare del 1º febbraio il Ministero dell' Interno ha richiamata l'attensione dei Prefetti sulle adulterazioni che spesso si eseguono sulle paste alimentari. Si osserva che, di frequente, le farine sono mescolate ad altre di aspetto bianco, derivanti da cereali diversi e di minor valore del grano, e che non è raro il caso che esse sono sottoposte a speciali trattamenti con sostanze chimiche, allo scopo di decolorare le particelle brune di crusca che vi sono naturalmente commiste.

Codesti abusi della fede pubblica possono riuscire di gran pregiudizio alla pubblica salute e costituiscono una palese violazione dell'art. 106 del regolamento generale sanitario in applicazione dell'art. 42 della legge 22 decembre 1888. Si invitano i Prefetti di disporre al riguardo una severa vigilanza e di denunziaro i contravventori a l'autorit à giudiziaria.

Pei prossime congresse medice di Mesca

Il prof. Roth, segretario generale del XII congresso internazionale di medicina che avrà luogo in quest'anno a Mosca, comunica che i titoli delle Comunicazioni che saranno fatte a quel congresso devono essere inviati al Comitato esecutivo, con un riassunto delle conclusioni, prima del 1º giugno 1897.

il latte e la tubercolosi

A Parigi il Prefetto di polizia ha impiantato un servizio che ha per iscopo:

1º Di scoprire la tubercolosi nelle vacche dei lattivendoli di Parigi e del dipartimento della Senna;

2º Di inoculare gli animali riproduttori onde preservarli dalla peri-pneumonia contagiosa.

Gli animali sospetti di tubercolosi saranno sorvegliati almeno per quarantotto ore. Quelli che saranno inoculati contro la peri-pneumonia saranno restituiti sub'to ai loro proprietari.

Quando tutte le vacche di una latteria avranno subito la prova della tubercolina e saranno state rico-

nossiute immuni da tubercolosi, se ne rilascerà ai loro proprietari un certificato ufficiale, che si rinno verà di sei mesi in sei mesi, quando le vacche nuove siano state sempre sottoposte alla visita del servizio veterinario e trovate sane.

Amministrazione Sanitaria

COMMIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

Sessione ordinaria, gennaio 1897

- 1. Misure profilattiche per la peste bubonica. Il Consiglio determinò i criteri cui doveano essere informate le ordinanse di sanità marittima dirette ad impedire l'importazione della peste e dette incarico ad apposita Commissione di risolvere alcuni quesiti proposti dal Ministero, e di studiare le questioni da sottoporsi alla conferenza internazionale che si terrà in Venezia.
- 2. Ufficio sanitario tecnico dello Stato. Il Consiglio respinse lo schema di regolamento proposto, ritenendo-lo contrario alla legge e tale da esautorare lo stesso Consiglio superiore. Nominò una Commissione allo scopo di studiare e formulare su basi diverse, un progetto di regolamento interno da approvarsi con decreto ministeriale.
- 8. Insegnamento dell'igiene sperimentale nelle Università. Il Consiglio superiore di sanità riconobbe la opportunità di un più maturo esame delle norme direttive che dovranno essere in seguito proposte per sistemare in modo definitivo l'insegnamento pratico dell'igiene sperimentale nelle Università del Regno, in conformità di quanto è prescritto dal regio decreto 14 maggio 1896.

Si ricervo di trattare di nuovo l'argomento nella sessione futura.

Propose per l'anno volgente, ed in linea affatto eccesionale, che gli esami per le attestezioni di periti m dici si facessero con i programmi annessi al regio decreto 2 febbraio 1890, che quelli per le attestazioni di periti chimici si facessero con i programmi annessi al regio decreto 26 luglio stesso anno, e che per gli ufficiali sanitari si adottassero, infine, quelli tesignati nelle loro linee generali nella relazione del Consiglio superiore della pubblica istrusione.

4. Regolamento per la preparazione e vendita dei vaccini, tubercolina, malleina e dei sieri preservativi e curativi. Il Consiglio superiore di sanità non entrò a discutere la terza parte dello schema di regolamento proposto, ritenendo che le ordinanze del 10 marzo 1895 e del 5 marzo 1896 temporaneamente provvedano circa la preparazione e la vendita dei sieri profilattici e curativi.

Discusse ed approvò le due prime parti relative alla

preparazione, e vendita dei vaccini e della tubercolina e melleina.

Le principali disposizioni ammesse sul primo argomento sono:

- c) Chi vuol aprire un Istituto vaccinogeno deve presentare domanda al Ministero dell'Interno, unendo la descrizione dei locali e la pianta ed indicando il numero massimo degli animali che vi si vogliono tenere-
- b) La direzione dell'Istituto è affidata ad un medico coadiuvato da un veterinario, entrambi esperti nella tecnica microscopica e batteriologica-
- c) Il Ministro dell'interno, fatte le indagini e le ispezioni che crederà opportune, provvede sulla domanda, udito il parere del Consiglio superiore di sanità. Il provvedimento è definitivo e non ammette che il ricorso in sede straordinaria al Re.
- d) L'esercizio degli Istituti è sorvegliato dal medico provinciale a mezzo di visite, nelle quali sarà prelevate un campione del materiale preparato e sarà inviato ai Laboratori scintifici del Ministero dell'interno.
- e) Prima di porre in vendita il materiale vaccinico dovrà essere accertato il perfetto stato di salute dell'animale.
- f) Rimane in facoltà del Ministero dell'interno autorissare depositi, anche presso i farmacisti di vaccini animali provenienti da Istituti esteri e destinati alla vendita.

Le principali disposizioni ammesse sul secondo argomento sono:

- a) Il Ministero dell'interno, sentito il Consiglio superiore di sanità, concede la facoltà di preparare il vaccino anticarbonchioso, la tubercolina e la malleina.
- b) Gli Istituti debbono essere diretti da un medico, coadiuvato da un veterinario.
- c) In ogni visita di uno di questi Istituti si prelevera una sufficiente quantità del prodotto dalla massa di riserva ed un campione da quello già confesionato per rimetterli al controllo dei Laboratori scientifici alla dipendenza del Ministero dell'interno.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE MEDICO CHIRURGIOHE

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera.

Scadenza 28 febbraio.

Schmano. — 1. Le questioni scientifiche. La sindrome di Weber (Emiplegia crociata). — 2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Boma, prof Campana. La prurigine. — 8. Società scientifiche. — 4. Bivista di Cliniche. Clinica medica dell'Ospedale Beaujon (dott. Bruhl) Sullo pneumotifo.—5. Casuistica clinica. — 6. Rassegna della stampa. Chirurgia. — 7. Note di pratica oculistica. — 8. Note terapeutiche. — 9. Varietà.

LE OUESTIONI SCIENTIFICHE

La sindrome di Weber (Emipiegia crociata)

Il nome di sindrome di Weber fu proposto da Charcot. nel 1890, per designare l'insieme sintomatico cost tuito dalla paralisi alterna dell'oculo-motore da un lato (quello leso) e la paralisi degli arti, del facciale e dello ipoglosso dall'altro (lato opposto a quello ove esiste la lesione).

I. B. Charcot, nel n. del 10 febbraio 1897, della «Médecine modèrne», si occupa dell'argomento in questione e, dopo un pò di storia, passa a discutere la ragione per cui detta sindrome può verificarsi.

L'anatomia del peduncolo e del ponte rischiara facilmente come ciò possa avvenire.

I due peduncoli cerebrali, abbandonando gli emisferi, convergono in basso e verso dentro per guadagnare il ponte, in modo che fra l'un peduncolo e l'altro rimane uno spazio triangolare ad apice in basso, dal quale apice si vedono venir fuori i 2 nervi oculo-motori comuni, quello di deetra e quello di sinistra.

Ora, la parte inferiore del peduncolo si divide in 3 bandelette, le quali, per la loro topografia, prendono il nome di bandeletta esterna, media ed interna.

La bandeletta esterna è formata dal fascio di Me y n e r t, la media dalle fibre del fascio piramidale, quella interna, dal fascio genicolato, risultante, a sua volta, delle fibre cortico bulbari dell'ipoglosso e del facciale inferiore.

D'altra parte, lo studio dei rapporti profondi del nervo del 4º paio e dei fasci piramidali e genicolati, dimostra che i nuclei di origine reale dell'oculomotore comune, sono posti d'avanti verso dietro sotto il 8º ventricolo e sotto l'acquedotto del Silvio, dando ciascuno origine ad un fi letto nervoso indipendente.

Questi filetti sono: uno che raggiunge l'iride, l'altro che va al muscolo ciliare e gli altri poi, sempre separatamente, che arrivano all'elevatore della palpebra, al retto interno, al retto superiore, retto inferiore e piccolo obliquo.

Tutti questi filetti, solo al punto di emergenza dal peduncolo si riuniscono per formare un unico

tronco, ma lungo il loro decorso intra-peduncolare si diriggono quasi orizzontalmente verso il davanti, descrivendo tante curve a concavità interna.

Tenendo presenti questi dati anatomici, è facilissimo spiegare come una lesione possa comprimere contemporaneamente la via motrice e l'oculomotore comune, sia essa lesione intra o-extrapeduncolare.

La compressione che si esercita sulle radici del 3º paio (le quali non s'incrociano) oppure sul tronco stesso del nervo, determina una paralisi diretta dei muscoli da questo inmervati, mentre esercitata sul fascio piramidale o genicolato dietro della decussazione, la paralisi del facciale e dello ipoglosso nonchè degli arti, sarà crociata. D'altra parte, l'indipendenza dei filetti originari dello oculo-motore, fino al punto di emergenza, spiega come una lesione intra-peduncolare possa, in dati casi, determinare paralisi incomplete o parsiali del 3º paio.

Le lesioni che determinano la sindrome di Weber sono le emorragie, i rammollimenti, i tumori, gli ascessi, la sifilide e, sopratto, i tubercoli. Tutte queste lesioni, propagandosi a regioni finitime, possono determinare sintomi, i quali si aggregano alla pura, tipica sindrome di Weber.

Dal punto di vista sintomatico, la sindrome di Weber consiste in una paralisi alterna dell'oculomotore da un lato e del resto della paralisi dall'altro.

L'emiplegia si presenta con tutti i caratteri di una emiplegia centrale; paralisi degli arti dal lato opposto alla lesione, paralisi flaccida in primo tempo, spastica in secondo tempo, spasmo che si determina tanto più presto per quanto prima si ha degenerazione del fascio piramidale.

La paralisi del facciale si evolve come le paralisi facciali di origine centrale e persiste limitata al facciale inferiore.

I muscoli frontale ed orbivolare restano immuni; l'ugola e la lingua sono deviate verso il lato paralitico.

In queste paralisi, i movimenti automatici della faccia, il ridere, il piangere, non sono più conservati, contrariamente, a quanto si osserva, in generale nelle paralisi facciali di origine centrale in cui la lesione esiste al disopra dei talami ottici ove (secondo Brissaud) risiede il centro di coordinazione della mimica del volto.

Si è frequentemente constatata la coesistenza di disturbi della parola (disartria, anartria e qualche volta anche afasia di natura indeterminata).

Se la paralisi dell'oculo-motore comune è totale, si osserva ptosi della palpebra, strabismo esterno, limitazione dei movimenti oculari in tutti i sensi, tranne verso fuori, ed in fine paralisi dell'accomodazione e della dilatazione della pupilla. Se poi la paralisi dell'oculo-motore è incompleta (il che accade molto più di rado) i sintomi cambiano di molto e ciò a seconda dei fascetti iniziali dell'oculo-motore rimasti integri.

Il decorso e la evoluzione sono subordinati alla natura della lesione: essa può ratrocedere del tutto dietro una cura appropriata quando si tratta di lesione sifilitica; al contrario, i sintomi possono persistere, simulando l'evoluzione dei sintomi della emiplegia classica. Altre volte essi si aggravano e si complicano quando la lesione si estende a centri vicini; così, per es., quando il focolaio morboso si estende verso fuori, colpendo una buona parte del peduncolo, si può avere coesistenza di emianestesia crociata, associata ad emiplegia motrice; si sono anche osservati casi di disturbi vasomotori [negli arti pavalizzati; se la lesione per converso si estende verso dentro, i due nervi del 3º paio possono esser lesi entrambi; se si estende in basso e indietro si avrà paralisi dell'oculo-motore esterno; se si estende ai 2 peduncoli, si avrà paralisi crociata degli arti di destra e di sinistra. Finalmente, se la lesione è molto estesa, la sindrome di Weber rimane oscurata da una sintomatologia molto complessa. Talvolta la paralisi dello oculo-motore comune in completa allo inizio, può progressivamente diventare completa.

La prognosi, sempre incerta, sarà in rapporto, al pari della evoluzione, con la natura della lesione.

Quando l'infermo sarà esaminato con diligenza, la sindrome di Weber non potrà essere confusa nè con la sindrome di Millard-Gubler, nè con altra emiplegia da causa organica.

Però lo Charcot ha dimostrato che la diagnosi differenziale fra emipleg a crociata ed isterismo è talvolta difficilissima, potendo tale nevrosi polimorfa simulare perfettamente la sindrome di Weber.

In un caso, sul quale egli fece una lezione clinica, la differensiazione si faceva solo, mercè i seguenti caratteri: l'emiplegia aveva rispettato la faccia; l'inferma ad un dato momento aveva presentato l'andamento caratteristico della emiplegia isterica, e quale stigmata isterica, essa presentava una emianestesia totale, un campo visivo molto ristretto e zone isterogene; la ptosi non era dovuta a paralisi, ma ad uno spasmo e ciò permise allo Charcot di stabilire i caratteri differenziali tra paralisi dell'elevatore della palpebra e spasmo dell'orbicolare. Nello spasmo, il sovracciglio del lato ammalato era abbassato, laddove esso si presenta, elevato nella ptosi paralitica. L'asimmetria non scompare quando si fanno corrugare le sopracciglia, ma essa, al contrario, si accentua quando si ordinažall' infermo di spalancare gli occhi.

Si potrà affermare che la lesione è intra-peduncolare quando la paralisi dell'oculo-motore comune è incompleta; ma quando questa è incompleta non v'ha nulla che possa indicarci la sede del focolaio morboso.

I sintomi concomitanti, le nuove paralisi che possono sopraggiungere, ci avvertiranno della direzione e delle estensione della lesione.

La diagnosi della causa, sempre difficilissima, è talvolta impossibile. Un inizio brusco, istantaneo, parlerà in favore dell'emorragia o dell'ischemia; un decorso progressivo, starà per un neoplasma.

Lo stato generale e l'anamnesi dello infermo potranno giovare nella ricerca e, se una cura mercuriale avrà giovato, si potrà parlare di fatti sifilitici. Finalmente, se nella maggior parte dei casi, la sin irome di Weber prova che ci troviamo in presenza di un focolaio morboso localizsato a livello della porsione infero-interna del peduncolo cerebrale situato dal lato della paralisi dell'oculo-motore comune e dal lato opposto alla emiplegia, bisogna sempre tener presente a sè stesso che alcune lesioni del peduncolo, localizzate in un dato punto, possono esistere, senza provocare la sindrome di Weber. Inoltre, questa sindrome non ha valore assoluto, riguardo all'origine, che quando si determina con una certa rapidità, poichè essa può benissimo essere conseguenza di una malattia della base del cervello per la quale sono contemporaneamente compressi peduncolo ed oculo-motore comune. Però in quest'ultimo caso, in generale, si ha una serie di prodromi e di sintomi rivelatori della lesione evolventesi. Nacciarone

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DERMOFILOPATICA DI ROMA, prof. CAMPANA. DELLA PRURIGIONE.

(Cont. e fine.—Vedi n. prec.)

SOMMARIO. — Prurigine: storia clinica; la prurigine é una neuropatica con manifestazioni trofiche e di sensibilità della cute. — Rapporti diagnostici con attre malattie pruriginose.

Ecco un caso di prurigine.

Esso ha importanza perchè illustra bene la natura della malattia stessa. L'erusione cutanea data da molti anni, e, come tutte le malattie croniche, ha dato periodi di tregua e di esacerbazione. E' importante sapere che l'erusione è sempre stata accompagnata da prurito.

La fisionomia dell'infermo è anche importante a considerarsi. Si vede un volto distratto ed inespressivo. L' infermo non sa esimersi dal grattarsi, fingere con sè stesso di grattarsi.

Uomo di media statura, piuttosto denutrito, un pò pallido, ma con color rosso-scuro sul mento, naso, gote, ove si vedono ancora alcune papule, che descriveremo più esattamente in appresso: muscoli abbastanza sviluppati.

La erusione principale che affligge l'infermoè disseminata su quasi tutto il tronco e negli arti; sui quali prevale particolarmente, sulla superficie estensoria. Nel tronco è papulosa, a larghe papule, e crostosa; croste umide, scabre, superficiali; macchie lentiformi, che dispaiono con la pressione.

· Le glandule linfatiche inguinali e crurali alla ispezione sembrano notevolmente tumefatte; ma, con la palpazione, si nota che sono tumide e dure parecchie glandule linfatiche inguinali; anche il tessuto che le ricopre è un pò tumefatto e indurito.

Le unghie sono inspessite.

La cute dell' infermo è arida tutta, floscia, pallida, sottile, inelastica.

L'infermo ha le tracce del grattamento sparse su quasi tutto il corpo. Stropicciando la superficie cutanea si constata che i peli son qua e là tagliati, corti ed irsuti.

Sulle parti anteriori delle cosce, delle gambe, la cute è dura, ricoperta da epidermide cornea qua e là desquamantesi in una impercettibile forfora aderente, eguale, minuta, sottile.

Facendovi correre la mano, si ha la sensazione come se la si passasse sopra una secca pergamena, qua e là interrotta da impercettibili sollevamenti papuloidi e dai detti peli corti e irsuti.

E' il tipo di dermatosi che vien descritto col nome di Prurigo. Si vuol intendere malattia cutanea cronica, con eruzione eczematosa papuloide, accompagnata da atroce prurito, che persiste anche quando l'erusione scompare. Essa è stata descritta, nel tipo clinico, riconosciuto dalla maggioranza dei dermatologi, da Hebra, sotto due varietà: Prurigo mitis, Prurigo ferox. Ma questa più grave è stata distinta dalla lieve, ed è stata detta ferox ed è stata considerata come la vera prurigo, mentre l'altra è considerata un' eruzione pruriginosa. Vi sono molte divergenze d'opinioni su questi limiti. Bisogna accettare il concetto pratico, che noi intendiamo per prurigo vero, la varietà ferox, e non le altro varietà.

Gli attributi della malattia sono:

- 1.º Cronicità:
- Periodicità, nella ricorrenza dei fenomeni morbosi;
- 3.º Morfologia particolare di essa, con fenomeni trofici:
 - 4.º Sintomi subiettivi caratteristici;
- 5.º Tipo speciale dello stato generale della malattia e dell' individuo.

Se è vero il concette che questa malattia bisogna distinguerla da altre che presentano prurito, non si possono voler trovare in tutti i casi tutti i sintomi che Hebra ha portato come espressivi della malattia; perchè Hebra volendo descrivere i fatti obiettivi, senza considerare altre relazioni, ha dovuto prendere il tipo più grave del male nella sua maggiore intensità e diffusione.

I caratteri obiettivi sono: erusione pressochè diffusa a tutto il corpo, pruriginosa: immobilità di larghi tratti superficiali nella cute, dovuta a infiltrasione fiogistica cronica cutanea. Inoltre essudazione sotto epidermica.

Ciò fa pensare si trovi complicato un ecsema, un ecsema semplice o impetiginoide. L'ecsema si può trovare in tutte le sue varietá: quella che prevale è la forma semplice, cronica: questo è il sintoma anatomico principale. Però esso si localizza nelle superficie estensorie, in questo male, mentre in genere l'eczema cronico non da prurigine si localissa sulle flessorie, principalmente quando si tratti di eczema cronico, nel quale la cagione predisponente della gotta che ammala i vasi capillari sanguigni, dell'alcoolismo, del diabete, non bastano soventi, dasoli, a far produrre l'eczema: ma vi deve concorrere la debolezza della regione cutanea, la facilità di questa regione ad andare incontro ad attriti e stimoli chimici **est**erni.

Inoltre, un processo non grave, per intensità, instabilità, è poi un processo che presenta molto avanzato e profondo il fenomeno dell'infiltrasione flogistica. E essa che fa pensare che non basti, una causa ed uno stato patologico, che dà un comune cronico eczema, a dare la prurigine.

In questo caso vi è stato un periodo di eczema che ha nascosto tutti gli altri caratteri. Il prurito non è solo l'espressione dell'eczema.

Un prurito eccessivo, continuo, che da quello stato morale, che turba perfino la intelligenza, che stanca l'uomo fino a tentare il suicidio, tutto questo, non è il prodotto di un'affesione cutanea, come l'ecsema, la psoriasi, ma deve essere il prodotto di un turbamento speciale del sistema nervoso.

Nella prurigine uno dei sintomi anatomici è il bubbone pruriginoso, che è una poliadenite iperplastica con allascamento del connettivo sotto cutaneo e con stato sclerotico della pelle, che non aderendo bene al sottocutaneo dà l'aspetto di una tumefazione che si riduce sotto la pressione.

In ciascun infermo esistono fenomeni dipendenti dal prurito ed altri dalle forme di eczema.

Ma, in individui con scabbia, che avessero insensibilità cutanea, non si vedrebbero che i cuniculi dell'acaro, senza più: e negli individui scabiosi, con lepra anestetica, si ha inspessimento degli strati cornei; ed altrettanto negli animali meno sensibili, per l'azione diretta di uno stimolo iperplasiszante nella cute, non per l'asione dal grattamento in seguito a prurito, come è stato descritto in un caso di scabbia del coniglio del dott. M. Carruccio, di questa Clinica.

Il fenomeno del prurito ha importanza per se, e perché determina il grattamento. Il tipo del prurigo si dovrebbe riferire senza l'eczema traumatico, come l'han descritto Hebra e il Kaposi.

In caso di una giovane neuropatica che mantiene le condizioni igieniche, si vedeva la cute con infiltrazione flogistica, poca mobilità, ipertrichiasi, fenomeni trofici che accompagnavano la disestesia cutanea; non altro.

Come farà rilevare in uno scritto il dottor Bonfigli, nella prurigine il prurito è uno dei sintomi dell'alterazione del sistema nervoso, che dà questo male. Questo prurito è un altro sintoma del male, come ne è uno la denutrizione della cute, l'aridità di essa, la tendenza alla formazione di dilatazione cistoidi follicolari, descritte istologicamente da noi e dal Bonfigli.

Per il pronostico di quell'infermo bisogna non contentarsi detrarlo dalla cura dell'ecsema ma da tutto l'insieme curativo. Corrigere tutto il sistema nervoso con ordine dietetico, giacchè si deve ritenere che in quell'infermo vi sieno fenomeni pellagrosi. In Italia molti casi di prurigine si trovano in pellagrosi. Come la pellagra, la prurigine cutanea, non è che un sintoma anatomico delle manifestazioni complesse di diversi organi che si presentano in queste due malattie. Da un lato un'alterazione del sistema nervoso: dall'altro uu'alterazione cutanea.

Sono fenomeni trofici quelli della cute del pellagroso, sono fenomeni trofici quelli della cute del pruriginoso: colà non rari sintomi di disestesie cutanee con veri fenomeni di allucinasione tattile, dolorifica e calorifica; qui prurito intenso, feroce, che si accentua nel parosismo dell' atto prolungato del grattamento.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Accademia di medicina di Parigi. - Sulla peste bubonica e la sua sieroterapia. - Profilassi della peste. - Presenza del bacillo di E b e r t h nelle polveri di una caserma-Diagnosi differenziale ira la psittacosi e la febbre tifoidea.- Urobilinuria per contusione del fegato.-Gastrostomia. - Sul diffondersi della peste. - Malattia cistica dei testicoli. - Tetano al Madagascar. - Salasso e trasfusione. - Accademia delle Solenze di Parigi. - Su un omologo superiore dell'urea. - Le colorazioni al bleu di metilene.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Tornate del 26 gennaio e del 2 febbraio 1897.

Sulla peste bubenica e la sua sicreterapia. Roux fa una lunga relazione sull'argomento intrattenendosi sui casi di peste curati da Yersin (V. n. 88).

Prefilassi della paste. Preust conchiudendo la sua relazione, lamenta che le Potenze non ratificarono la convenzione stabilita dalla conferenza sazitaria internazionale di Parigi del 1894. Infatti, se
si fosse istituito il servizio sanitario internazionale che la detta conferenza proponeva, oggi forse l' Europa non sarebbe minacciata così da vicino dalla peste.

Aspettando che le potenze vogliano finalmente attuare le misure preventive tante volte proposte, converrebbe frattanto che fosse impedito il pellegrinaggio alla Mecca a tutti i propri sudditi musulmani e che una attiva vigilanza fosse esercitata sulle provenienze da Bombay.

Preseuza del bacille di Eberth uelle psiveri di una caserma. Sanglé, Ferrière e Remlinger.— In una caserma occupata dal servizio di rimonta ed abitata da 50 nomini, si sviluppò una epidemia di febbre tifoidea, mentre in altre località vicine essa non esisteva. Non potendosi attribuire l'epidemia all'acqua o alle condizioni esterne, si pensò alle polveri della caserma, in cui altra volta si era osservata la febbre tifoidea. L'esame delle polveri del suolo, delle pareti, dei soffitti, permise, infatti, d'isolare i bacilli di Eberth in gran numero ed in qualche reperto anche i bacilli piocianei. L'esame dell'acqua fu negativo.

Diagnesi differenziale fra la psittacesi e la febbre tifoidea. Bianquinque esservò una giovinettache presentava tutti i sintomi della febbre tifoidea, sebbene questa non esistesse nel paese. L'analisi dell'acqua dimostrò la presensa soltanto di alcuni coli-bacilli. Contemporaneamente soc-

combevano in casa dell' inferma, e già curati da Shamrock, durante la campagna del Madagascar, lei, alcuni pappagalli e piccoli uccelli, onde l'oratore pensò alla possibilità della psittacosi. Intento cadde inferma la madre con sintomi di bronco-polmonite infettiva, e poi ammalò il fratello, studente in medicina, con sintomi di febbre tifoidea, mentre ancora altri uccelli ammalavano ed alcuni morivano nella casa. Questi uccelli furono mandati al Nocard per esser esaminati, ma il risultato fu negativo quanto alla psittacosi.

L'oratore invitò quin li il Widal di voler ricercare i fenomeni dell' agglutinamento nel sangue raccolto lagli infermi. Ebbene, nella madre l'esame fu negativo, ma riusci positivo nei due figli, in cui fu per ciò accertata la febbre ti-

Bentézao legge un lavoro sulla cura della oftalmia granulosa mediante il guaiacolo unito alla glicerina.

Mairet e Vires inviano il lavoro su una stigmate permanente dell' epilessia (V. n. 84).

Urobilinuria per contusione del fegato. Hayem ziferisce su due casi osservati da Laval, in cui una rottura del fegato con emorragia peritonesle si è accompagnata con lieve sub-itterizia e urobilinuria. Laval ritiene che l'urobilinuria è costante nelle malattie epatiche e costituisce un elemento importante di diagnosi e di prognosi. Il relatore spiega il fatto osservato da Laval, ammettendo che col sangue era mescolato della bile più o meno completamente elaborata e da ciò un' alterazione dei globuli rossi, il cui riassorbimento da parte del peritoneo arrecava nel circolo una grande quantità di emoglobina libera, onde l'urobilinuria.

Castrestemia. Villar parla della gastrostomia col processo di Franck concludento che le obiszioni mosse al detto processo a principio, oggi non hanno più valore.

Sul diffendersi della peste. Colin nota che nell'epidemia attuale la peste ha invaso la sona torrida, che nelle epidemie anteriori è stata risparmiata, e crede che ciò dipenda da una virulensa maggiore.

Maiattia cistica dei testiccii. Kirmiscon ha osservato un bambino a 19 mesi, che gli era stato presentato come colpito da idrocele e nel quale, fatta la puntura, avverti un tumore manifesto. Per determinare se si trattava di sifilide fu istituita la cura specifics, ma il risultato fu negativo e si procede quindi alla castrazione. L'esame istologico fatto dal Malasses dimostrò l'esigtenza di una malattia cistica con punti sospetti che facevano pensare ad una degenerazione maligna, con evoluzione carcinomatoss. Il bambino, dopo 18 mesi dall'operazione, continua a star bene, il che fa ritenere che siasi trattato di malattia cistica senz' altro.

Tetano al Madagascar. Polalilon riferisce su un layor, di Burot, che ha osservato a bordo dello 4 casi di tetano mortali, consecutivi ad iniezioni di solfato di chinina, le quali aveano prodotto ascessi. I due primi infermi furono iniettati mentre erano sbarcati e riportati a bordo, già malati, trasmisero l'infesione agli altri due curati sulla nave. La mercè di opportune misure antisettiche la diffusione ulteriore del male potè essere impedita sulla nave.

Salasse e trasfusione. Hayem legge un rapporto del dott. Barré sulla disintossicazione del sangue ottenuta mediante salasso della piega del gomito e contemporanea trasfusione salina, nella medesima quantità, nel lato opposto. La simultancità dei due atti operativi, fa sì che anche i malati con debolezza cardiaca possono essere, senza danno, sottoposti alla diplezione vascolare. Barré ha curato cosi, con successo, un caso di polmonite, un caso di reumatismo cerebrale ed un altro di uremia.

Labordo riferisce su un lavoro di Dubois, intorno alla cura della tubercolosi polmonare col mercurio. 1 risultati sembrano essere stati favorevoli ; nondimeno la cura non è nuova nè può considerarsi come specifica.

Clozier riferisce un caso di colampsia complicata con isterismo, in cui le crisi convulsive furono arrestate mediante la compressione di zone is' ero-classiche.

Kirmisson presenta una radiografia che rivela un soldo soffermatosi nell'esofago nel punto normalmente più stretto. La moneta fu estratta mediante l'esofagotomia.

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI PARIGI

Tornata del 25 gennaio 1897.

Su un emclege superiere deil'urea. Molecan presenta una nota di Oschener de Coninck su un omologo superiore dell'ures a 4 atomi di carbonio (C4H40N2O) da lui riscontrato nelle urine di un alcoolista.

Nel 1878 Baumstarck estrasse dalle urine di un itterico-il terzo termine delle serie omologa dell' urea, il quale per l'insieme delle sue proprietà e reazioni presenta una notevole analogia con l'omologo superiore in discorso. Oechener de Coninck ritiene ammissibile che a seconda che il potere ossidante dell'organismo s'indebolisce, e ciò pare sia il caso dell'alcoolismo, il numero degli atomi di carbonio dei composti quaternarî, eliminati pei reni, ya aumen-

Le colorazioni al bien di metitone. Ontele nello studio istologico nell'encefalo dei pesci, oltre ai metodi classici di colorazione, ha tentato il bleu di metilene. Espone, quindi, i pregi e i difetti dei vari metodi oggi in uso per le ricerche speciali del tesanto nervoso.

RIVISTA DI CLINICHE

Olinica medica dell'Ospedale Beaujon (dott. Bruhl).

Sullo pneumetife.

Al principio dello scorso ottobre, fu accolto nel reparto del prof. De bove, un individuo di 82 anni, che parve affetto da polmonite. Tale fu in fatti la diagnosi, che del resto pareva legittima.

L' infermo era stato colto, 4 giorni prima, da brividi, dolore puntorio a destra, dispues; finalmente nella sua sputacchiera si notava l'espettorato rugginoso caratteristico.

Intanto l'esame del torace non lasciava notare nettamente l'esistenza della polmonite; esisteva una sona di ottusità alla base del polmone destro, per una estensione di 8 dita trasverse ed ivi si ascoltavano rantoli finissimi, ma sottocrepitanti piuttosto che erepitanti veri, senza soffio tubario, senza broncofonia.

Il decorso della malattia (la quale all'8° giorno non mostrò la defervescenza critica), la persistenza degli stessi sintomi fisici, lo stato di prostrazione, non si addicevano ad una polmonite vera. Tali anomalie ci indussero a riesaminare lo infermo.

In questo, nulla di patologico, nè ereditario, nè personale, degno di nota, tranne un pò di alcoolismo.

Egli godeva piena salute, quando, senza alcun fatto prodromico, un mattino fu colto da brividi, febbre, cefalalgía intensa, prostrazione di forse e spiccati disturbi digestivi.

Inappetenza assoluta, sete ardente, diarrea abbondante e non provocata.

Durante la giornata egli si lagnava di un dolore diffuso a destra, verso la base del torace, di lieve dispuea, di tosse molesta; l'indomani ebbe espettorazioni viscose e colorate.

I fenomeni nervosi perdurarono intensi; lo infermo è accasciato ed all'8° giorno della malattia noi ci trovammo in presenza di un individuo pallido, macilento, prostrato, sonnolente, apatico.

La curva termica era quella di una febbre continua, oscillante circa ai 89° C°. Polsi 96, molli depressibili, deboli. Lingua impatinata, saburrale, a margini arrossati.

Urine scarse, scure, ricche di albumina.

In somma, si aveva l'impressione di uno stato tifoide: i fenomeni toracici non erano per nulla modificati. Si constatavano, in fatti, i fenomeni no-

tati al primo esame; il dolore puntorio persisteva, la dispuea era moderata.

Respirazioni 28 a minuto, tosse meno molesta espettorato abb ndante, muco-purulento, per nulla' analogo a quello della polmonite tipica.

La diarrea, liquida, gialla, fetida, che dura fin dallo inizio della malattia, attirò la nostra attenzione sull'addome.

Scoprendo l'intermo, constatammo l'esistenza di una erusione abbondantissima di chiazze rosee, specie sull'addome; di queste, alcune scomparivano con la pressione, altre, più grosse, avevano uno aspetto purpureo.

Quest' erusione, comparsa all' 8º giorno della malattia, con uno stato adinamico, fece pensare al tifo ed allora, proseguendo nell' esame si riscontrò: meteorismo addominale, dolore vivissimo e gorgoglio nella fossa iliaca destra, ipertrofia splenica, fatti tutti che deposero in favore della diagnosi di infesione eberthiana.

Aggiungasi che da due giorni lo infermo accusava un dolore vivissimo all'atto della deglutizione; l'ispezione della gola fece notare ulcerazioni ovalari (7 od 8) lungo il pilastro anteriore destro, sul velo-pendolo e sull'amigdala sinistra. Una ulcerazione simile si notò sulla lingua.

Tutto questo insieme sintomatico di parve sufficiente per convalidare la diagnosi di tifo. Però lo inizio brusco, la predominanza dei fenomeni polmonari intensissimi ed acuti non calzano con la sindrome classica di infezione tifosa.

La reazione di Widal però e la evolusione della malattia confermarono la diagnosi.

Dopo un periodo febbrile di circa 8 settenari, durante il quale si ebbero pure emorragie intestinali, scomparvero gradatamente tutti i sintomi.

Dippiù, si ebbe una ricaduta complicata ad otite suppurata, nel pus della quale si constatò il bacillo di Eberth.

Al tipo clinico da noi esposto si dà la denominazione di pneumo-tifo.

La malattia incomincia bruscamente con tutto il corteggio sintomatico d'una pneumopatia acuta e continua poi ad evolversi sino alla fine del 1º settenario o al principio del 2º, come tifo puro e vero.

Se clinicamente questi fatti sono bene concsciuti, non può dirsi lo stesso della patogenesi e dell'anatomia patologica, essendo scarse le autopsie.

Per il Lèpine la localizzazione polmonare è di natura tifica; però egli non ne dà la prova batteriologica.

Per altri autori si tratterebbe di una infesione doppia pneumococchica ed eberthiana simultance in uno stesso individuo.

Altri, infine, suppongono, che in simili casi il bacillo di Eberth abbia potuto penetrare nell'economia mercè l'aria inspirata.

Che la lesione polmonare fosse dovuta al bacillo di E b e r t h, nel nostro infermo è indubitato; la prova ne fu data da puntura esplorativa direttamente eseguita asetticamente nel parenchima del polmone, là dove esisteva la zona di ottusità; in tal modo ottenemmo le culture specifiche e la reazione di Widal.

Stabilito questo primo punto, noi ci domandavamo se nel succo polmonare non esistesse pure lo pneumococco; ma il nostro dubbio fu dissipato oltre che dalle culture, anche dal fatto che inoculando l'essudato polmonare a cavie, queste morirono selo dopo 60 ore e per infezione puramente tifica e non pneumococchica.

Le seminagioni fatte col sangue dell' infermo rimasero sterili.

Quanto alle ulcerazioni faringee, non vi si riscentrarono che streptococchi, stafilococchi, ma nessun becilio tifico; per ciò conchiudemmo che esse, molto verisimilmente, erano dovute ad infesioni secondarie (Gasette hebdomadaire de Mèdesine et de Chirurgie, 81 gennaio 1897).

Nacciarone

CASUISTICA CLINICA

Due easi di nefrite parenchimatosa con intessicazione premica.

Italo Nobili, d'anni 26, contadino, da Bologna entrato in Clinica il 80 novembre, degente al letto n. 21. Il padre e due sorelle gli sono morti di affesione lenta dell'apparecchie respiratorio. La madre ha 58 anni e fu sempre in buona salute. L'infermo abusava di vino, di alcoolici e di piaceri sessuali. Tranne leggiere indisposizioni, non ebbe a soffrire per il passato alcuna malattia degna di nota. La malattia attuale esordi bruscamente nel marso del 1895. In tale epoca, trovandosi al Brasile, costretto a lavorare in siti molto umidi, notò la comparsa di edemi agli arti inferiori, edemi che quindi si diffusero a tutto il corpo e specialmente alla schiena, al viso, al dorso delle mani. Vide anche aumentare notevolmente di volume il suo ventre e contemporaneamente la respirazione farsi più difficile e frequente, per cui dovette ricorrere ad un Ospedale ove rimase per circa un mese. Ne usci nell'aprile, a quanto egli asserisce, completamente guarito. Trascorsi circa 10 giorni, gli ritorna-

di nuovo all'Ospedale donde usci nel luglio, dopo una permanenza di circa due mesi e mezso, anche allora apparentemente guarito. Dopo brevissimo tempo (appena una settimana) gli ricomparvero gli edemi, e l'infermo, non soddisfatto delle cure precedenti che gli avevano a parer suo procurato un benefizio molto fugace, si sottopose di sua inisiativa ai bagni di mare dai quali gli parve di trarre li per li dei buoni effetti. Più tardi, vedendo che la sua malattia non lo abbandonava mai in modo assoluto, e credendo quelle terre nocevoli alla propria salute, stabili di rimpatriare. Negli ultimi tre giorni di navigazione, 26, 27 e 28 novembre, senza saperlo attribuire ad altra causa se non ai disagi inerenti al viaggio, vide ripetersi gli stessi fenomeni morbosi che altre volte lo incolsero, ma con un' imponenza maggiore: e lo colpi il fatto che la urina emessa negli ultimi giorni era in quantità appressabilmente minore della normale. Venerdi 29, sbarcò a Genova ed il di successivo riparò nella nostra Clinica, presentando: dispuea intensa; accentuato pallore della cute e delle mucose visibili; edemi notevoli sgli arti inferiori, al dorso delle mani , e a tutta la schiena ; più leggieri alle palpebre ed al volto; liquido effuso nel cavo peritoneale, in entrambe le pleure e nel pericardio. All'apparecchio respiratorio fatti bronco-pneumonici diffusi a tutto l'ambito posteriore del polmone sinistro. All'apparecchio circolatorio, toni molto affievoliti su tutti i focolai d'ascoltazione. Fegato e milsa nei limiti normali. All'apparato digerente; appetito scomparso, sete intensa , lingua arida e impatinata , frequenti conati di vomito. P. 124; B. 44; T. 87º:

L'esame chimico delle urine diede il seguente

reperto:

Quantità delle 24 ore: 8000 co.; colore giallo-pallidissimo, aspetto limpido, sedimento nullo, reazione acida, densità 1010, urea 7,418 per litro. Albumina gr. 1 per litro. Sangue, peptone, glucosio, pigmenti biliari, assenti. Centrifugata l'urina ed esaminato batterioscopicamente il sedimento, si ottenne risultato negativo: si constatò, inoltre, assenza di cilindri, presenza di qualche cellula dell'epitelio renale, rari globuli rossi e bianchi.

Ulteriori ricerche istituite sulle urine, per valutarne la tossicità, diedero il seguente risultato:

Quantità emessa nelle 24 ore co. 2100. Densità 1014. Albumina presente in discreta quantità.

Peso dell'ammalato Kgr. 59,400. Peso del coniglio impiegato per la indagine Kgr. 1,850. Quantità di urina necessaria per uccidere il coniglio cc. 820. Urotossie == 173. Coefficiente urotossico 0,204. Fu anche ricercata la tossicità del siero del sangue.

Si impiega un coniglio del peso di Kgr. 1,950. Si iniettano cc. 84 di siero (17,05 cc. per 1 Kg. di coniglio). Il coniglio muore con fenomeni convulsivi.

dale ove rimase per circa un mese. Ne usci nell'aprile, a quanto egli asserisce, completamente guarito. Trascorsi circa 10 giorni, gli ritornarono an'altra volta gli edemi generali: ricoverè globuli rossi, normali di diametro, di forma regolare, apperivano di resistenza un pò di-

della papilla, con impiccolimento delle arterie ; Ad onta dei nostri compensi, una quantità eccesnon chiazze degenerative della retinite albuminurica, ne edema retinico.

Come intervento terapeutico, venne praticato subito dopo il suo ingresso un salasso di 800 cc.: una larga applicazione di coppette secche alle regioni dorso-lombari: iniezioni a larga mano di caffeina e di olio canforato: stufe secche ed impacchi all'olio caldo. Si prescrisse, inoltre, una cartina di 80 cgr. di calomelano, l'infuso di 1 gr. di digitale e la pozione alcoolica. Dieta lattes assoluta (1 litro di latte al giorno).

I risultati furono buoni, e le condizioni generali dell' infermo accennarono ad un pronto miglioramento che andò nei di successivi progressivamente accentuandosi. Il polso si fece meno frequente e più regolare; il ritmo respiratorio da 44 al m. scese a 80; i conati di vomito scomparvero; la temperatura, alzatasi subito dopo i suddetti compensi, oscillò in seguito fra i 86°,5 ed i 38°,5. La diuresi fu sempre abbondante 2500-4000 cc. nelle 24 ore, con una densità oscillante fra i 1012 ed i 1018. Come ulteriore cura si mantenne l'uso razionale della digitale, delle stufe secche, degli impacchi all'olio caldo, nonchè di qualche cartina di calomelano.

Ora, mentre le migliorate condizioni dell'infermo lasciavano bene sperare di lui, il 7 decembre, 8º del suo ingresso, improvvisamente si aggravò. Fu preso da intensa cefalalgia : da una sensazione di angoscia e di oppressione profonda, acceleramento notevole della respirazione,

nausea, vomito, singhiozzo, diarrea.

La temperatura da 88º,5 discese a 86º per non sorpassarli più. E qui furono messi in opera tutti quei compensi terapeutici che le aggravate condizioni del male ci suggerivano. Fu praticata anche una iniezione endovenosa di 400 cc. di una soluzione di carbonato di soda al 0,5000 e cloruro di sodio al 0,750[0: ma a nulla valsero i nostri sussidî terapeutici, poiche il di appresso l'infermo veniva a perdersi, continuando a presentare tutti i fenomeni della intossicazione urinemica. Fu fatta diagnosi di: glomerulo-nefrite cronica con diffusa lesione nutritiva delle pareti vasali ed alterazione dell'epitelio renale nefrite parenchimatosa - confermata alla necroscopia.

Non entrerò in particolari considerazioni riguardo al easo riferito; accennerò solo che l'infermo di cui fu parola urinava molto ed eliminava sufficiente quantità di urea e molti materiali della riduzione organica. Stando a queste risultanze, avremmo dovuto esser tranquilli al suo riguardo. Però la sua urina era tre volte

meno tossica dell'urina normale.

Ora, noi sappiamo, secondo quanto ha stabilito il prof. Maragliano, che il reperto negativo riguardo alla tossicità delle urine, non ha valore assoluto dacche non è quello che si elimi. la presenza di molti globuli rossi, quali più e na che nuoce all'organismo, bensi quello che vi resta per non poter essere eliminato.

Nel nostro infermo abbiamo inutilmente tentato di far entrare in giuoco tutte le vie sussidiarie L'esame oftalmoscopico rilevò: spiccato pallore dell'epuratorio renale, quali l'intestino e la cute. siva di materiali tossici si accumularono nel circolo per la esagerata insufficienza funzionale del rene ed esplicarono la loro azione micidiale sui centri nervosi.

Di più, oggi non bisogna dimenticare un altro fatto, sul quale spesso ha richiamato la nostra attenzione il prof. Maragliano, cioè quanto sieno complesse le funzioni delle varie glandule. Gli ultimi studi di Brown Séquard hanno messo in evidenza che compete ad esse una duplice funzione: quella grossolana delle note secresioni esterne e quell'altra più fina e più recondita delle secrezioni interne, le quali versano nell'economia animale, materiali, la cui intima natura ancora ci sfugge, ma che hanno certo poteri neutralizzanti di sostanze nocive che sono continuamente prodotte nell'organismo dalla stessa attività vitale dei suoi tessuti o che vi possono giungere per altri modi o per altre vie svariatissime.

Caso 2. — Antonio Battaggia, d'anni 87, facchino teatrale, da Treviso. Nella anamnesi familiare e in quella personale, non esistono note interessanti.

La malattia dalla quale è colpito, esordì gradatamente circa il 20 gennaio, con cefalea, malessere generale, mancanza d'appetito, e l'infermo ne fa risalire la causa al freddo cui si espose nei di precedenti. A questi fatti si aggiunsero cefalea, dolori alla nuca, stanchezza, anoressia edemi leggeri agli arti inferiori, brividi di freddo e

Riparò in Clinica, coi fatti seguenti; lingua coperta di patina biancastra, stitichezza, debolezza generale, dolori localizzati ai muscoli della nuca, dolori che si accentuano con la pressione anche leggiera. Lungo le braccia, sul dorso, nei due quadranti inferiori dell'addome, si nota una eruzione costituita da piccole efflorescenze più o meno confluenti di un colore rosso-vinoso a mo' di una porpora o peliosi, e che non scompaiono anche a forte pressione. Tale erusione è molto accentuata lungo le estremità inferiori e non reca all'ammalato alcun disturbo. All' apparecchio respiratorio si nota respiro aspro, diffuso a tutto l'ambito dei due polmoni. All' apparecchio circolatorio si percepisce il 1º tono alla punta, alquanto ottuso: agli arti inferiori si notano edemi appena apprezzabili a destra, più accentuati a sinistra. Il fegato e la milza nei loro limiti normali. Temperatura ascellare 88°,8. P. 100, R. 24.

L'esame delle urine, al suo ingresso, ha dato il risultato seguente: Color rosso-scuro. Aspetto torbido. Sedimento abbondante. Reazione neutra. Densità 1018. Albumina 8 gr. per litro. Sangue in iscarsa quantità. Peptone, glucosio, pigmenti biliari, assenti. Urea gr. 8,120 per litro l'esame del sedimento, ottenuto con la centrifugazione, dimostro quali meno conservati, di qualche globulo bianco e di cellule dell'epitelio renale. L'infermo non fu

sottoposto a cure specialir gli si prescrissero, come bevanda, soluzioni di bicarbonato di soda 7º[co quali si usano nella Clinica, e dieta lattea

(1 litro di latte al giorno).

Le sue condisioni generali andarono migliorando; scomparve la cefalea, diminuirono gli edemi: anche i dolori ai polpacci si attenuarono: la febbre conservò carattere intermittente, la curva termica, normale al mattino, si alsava nelle ore serotine, dopo i brividi ripetuti da cui era colto l'infermo, ad altesse varianti fra i 890,8 ed i 890,8, per poi cadere completamente in 90 giorno di degensa in Clinica.

In questo frattempo, la quantità delle urine emesse nelle 24 ore oscillò largamente fra gli 800 ed i 1600 cc., la densità fra i 1010 ed i 1021;

l'albumina non accennò a diminuire.

In 10° giorno, in seguito ad un disordine dietetico commesso la sera innansi, fu colto improvvisamente da un accesso uremico. L'infermo cadde in uno stato di grave agitazione seguito poi da un certo grado di sonnolenza e di apatia, con un respiro assai frequente, poco profondo, affannoso. Nelle 24 ore non emise che 800 cc. d'urina e 5 evacuazioni liquide. Si intervenne con un salasso di 400 cc. ed una corrispondente iniezione endovenosa della nota soluzione di cloruro di sodio e carbonato di soda, stufe secche, pozione alcoolica, impacchi all'olio caldo.

Praticato l'esame della tossicità delle urine emesse durante l'accesso uremico, si ebbe questo reperto: Quantità: urina cc. 800. Densità 1021. Reasione neutra. Albumina presente. Peso dello ammalato Kg. 52. Peso del coniglio impiegato per la ricerca Kg. 1,215. Quantità dell'urina inietta per uccidere il coniglio cc. 95. Urotossie 78,5.

Coefficiente uro-tossico=0,195.

Fu ripetuto il di appresso lo stesso esame sull'urina emessa dopo lo accesso uremico e si ot-

tenne quest'altro risultato:

quantità dell'urina emessa nelle 24 ore, cc. 600; P. S. 1014. Albumina presente. Peso dell'ammalato Kg. 52. Peso del coniglio Kg. 1800. Quantità dell'urina impiegata per uccidere il coniglio, cc. 68. Uro-tossie 87,8. Coefficiente uro-tossico == 0,804.

Le condisioni dell'infermo si mantennero gravissime. Il di seguente fu ripetuta la stessa cura terapentica del di innansi, aggiungendo larghe iniezioni di caffeina (1 gr. nello spasio di un'ora) e di caffeina con stricnina: inalazioni di ossigeno; 80 centigr. di calomelano in una cartina, più tardi un clistere di infuso di foglie di sena e solfato di magnesia.

Ma non fu in verun modo possibile scongiurare la grave intossicazione urinemica, e l'infermo venne a mancare in dodicesimo giorno di malattia. Fu fatta la diagnosi elinica di nefrite parenchimatosa cronica. Edemi diffusi. Uremia.

Biporto anche la diagnosi anatomica che illumina singolarmente il caso: Leggiero edema cerebrale. Pleurite adesiva destra. Edema diffuso ediabbondante a tutti e due i polmoni con stasi polmonare ai lobi inferiori. Fegato grasso. Perisplenite. Milsa infettiva. Nefrite parenchimatosa con focolai micosici (Cronaca della Clinica Med. di Genova, 6 febbraio 1897).

RASSEGNA DELLA STAMPA

CHIRURGIA

Sulla entura del nervi a distanza. — Dopochè la sutura nervosa ha cessato di essere un semplice esperimento fisiologico ed è entrata nella pratica chirurgica, essa è stata adoperata in moltissimi casi.

Non altrettanto può dirsi della sutura dei nervi a distanza; le ricerche sperimentali abbondano, ma le applicazioni alla chirurgia restano ancora eccesionali, ed Ehrmann, in un suo recente lavoro su quest'argomento, non ha potuto riunire che tre sole osservazioni.

Dopo la sezione di un nervo, i due monconi hanno un destino ben diverso: il moncone periferico, separato dal suo centro trofico cade fatalmente in preda a processi degenerativi; invece il moncone centrale non subisce modificazioni che nella porzione situata al disotto del primo restringimento anulare; l'elemento nobile della fibra nervosa, il cilindro assile, resta intatto, ed a partire dal ventesimo giorno circa, diventa l'agente attivo della rigenerazione.

Ogni cilindro assile si divide e suddivide in senso longitudinale, e può così dar luogo sino a 80 e 40 nuovi tubi nervosi. Per tal modo si producono assai più fibre di quelle che occorrerebbero per vivificare il moncone periferico. Però, solo un certo numero di esse penetra nel segmento inferiore del nervo; la maggior parte formano alla parte inferiore del moncone centrale, il co-

siddetto neurone di rigenerazione.

La rigenerazione d'un nervo sezionato può essere divisa in tre fasi:

1.º proliferazione iniziale del moncone centrale; 2.º tragitto delle nuove fibre nell'intervallo dei due monconi;

8.º progressione di queste fibre nel segmento

periferico.

Il moncone centrale gode adunque d'un'attività sua propria; il moncone periferico può essere paragonato a quegli alberi morti, intorno ai quali, s'arrampicano le liane, por arrivare, a poco a poco sino alle ultime ramificazioni di essi: e le ultime ramificazioni del moncone periferico sono i corpuscoli cutanei di Meissner e le piastre motrici dei muscoli.

Lo spazio esistente tra i due monconi, allorchè non è superiore a due centimetri, è facilmente percorso dalle espansioni cilindrassili del moncone centrale. Ma quando la distanza è maggiore di due centimetri, tali espansioni difficilmente possono percorrere regolarmente, senza smarrirsi, il lungo intervallo, ed arrivare sino al moncone periferico. Perchè ciò accada è necessario che tra i due monconi esista un conduttore, una via già preparata, che possa esser seguita con tutta facilità dalle fibre nervose neoformate. Appanto a tale scopo è destinata la sutura a distanza.

Quest'operazione è raramente necessaria parchè nella maggior parte dei casi, è possibile ravvicinare perfettamente i monconi nervosi, grazie alla loro leggiera estensibilità ed all'immobilizzadella parte lesa in una adatta posisione. Ma in tutti quei casi, nei quali è impossibile di ravvicipare i due monconi, devesi ricorrere alla sutura a distanza.

Parecchi processi sono stati proposti per ristabilire la conduzione nervosa. Lètièvan t propose per i casi nei quali il solo moncone inferiore del nervo è accessibile, d'innestare l'estremità libera di esso sopra un nervo vicino intatto, mercè un intacco eseguito in quest'ultimo: ciò costituisee l'innesto nervoso per inoculazione.

Philipeaux, Vulpian, Gluck, Assaky, hanno tentato sperimentalmente la « trapiantazione nervosa», cioè l'interposizione tra le due estremità del nervo scontinuato, d'un pezzo di nervo tolto ad un altro animale. V' ha inoltre la « sutura nervosa per sdoppiamento», proposta da Létièvant e Lèjars, la quale consiste in quanto segue: ciascuno dei due monconi nervosi viene spaccato longitudinalmente, lasciando però intatta l'estremità di esso; si ottiene così un lungo occhiello, uno dei cui labbri si divide trasversalmente, ottenendo con ciò un lembo di nervo, che si unisce con sutura al lembo analogo dello altro moncone.

Ma nella vera «sutura nervosa a distanza» non si fa che gettare una specie di ponte tra i due monconi, riunendoli tra loro con cagtut o con filo di seta, in modo che le fibre del moncone superiore trovino una via già fatta, ed arrivino per ciò, con tutta facilità, sino al moncone inferiore, lungo il cui tragitto si prolungheranno poi sino alle papille sensitive ed alle piastre motrici.

I successi della sutura nervosa a distanza sono stati, dapprima, ottenuti sperimentalmente da Van Lair (1885). Quest'ultimo autore resecava, nei cani, alcuni centimetri del nervo sciatico, e poi eseguiva la sutura a distanza con tre o quattro anse di cagtut n. 8. In un animale, nel quale avea resecuto 8 cm. 1,2 del nervo sciatico, eseguendo poi la sutura a distanza, trovò colmato lo spazio tra i due monconi dopo 59 giorni, mentre negli animali testimoni, nei quali cioè non aveva eseguito, dopo la resesione del nervo, alcuna sutura, non potè mai ottenere la riunione di monconi distanti tra loro più di cm. 2 1₁2.

Quando la distanza tra i monconi è minima e nessuno impedimento viene ad ostacolare la progressione dei prolungamenti cilindrassili , la rigenerazione, come sappiamo, è possibilissima senza sutura; tuttavia tra i due monconi si forma allors un cordone nervoso cicatriziale molto gracile, il quale contrasta con quello, assai più robusto, che si produce nei casi, in cui si esegue la sutura a distanza. Ansi sembra che il volume della cicatrice nervosa sia in rapporto col numero delle anse di filo adoperate. Anche quando si adoperano fili di catgut, destinati ad essere riassorbiti, essi persistono abbastansa a lungo da servir di guida alla rigenerazione.

La sutura a distanza fa si, che lo spazio esi-

bero, sperto, senza pocer venire intieramente occupato dai tessuti circostanti. Intorno ad ogni filo esiste uno spazio virtualmente vuoto, giacchè il filo stesso non è unito ai tessuti viventi da alcuna connessione istologica. Il filo si trova così immerso in una specie di manicotto di linfa, che offre all'immigrazione delle nuove fibre nervose una via certamente stretta, ma di facile accesso (Gazette hebdomadaire de Mèdicine et de Chirurgie, Loddo **7** febb. 1897).

NOTE DI PRATICA OCULISTICA

DAGE SHIFT FORM SAME CITIE SHIPT BITTE STATE SHIPT SHI

Della ciste congiuntivale.

Riferisco il caso, perchè la ciste della congiuntiva è un'affezione assai rara. H. Adler nel decembre a. s. ne fece oggetto di una sua comunicazione al Collegio medico dei Dottori di Vienna, mettendo appunto in rilievo la rarità di questa malattia oculare.

L'Arlt ne mensions un solo caso, e Vossi us ne ha presentato testè un altro assai importante. Si trattava di cisti bilaterali, ossia sviluppate : immetricamente nella congiuntiva di ambedue le palpebre superiori. Quindi ho cre duto ope ra non spregevole il portare ancor io, un lieve contributo alla casistica di questa infermità.

Secondo l'Adler le dette cisti hanno per lo più origine traumatica, quando non sono congenite: in questo ultimo caso hanno quasi sempre sede nella congiuntiva bulbare. Nel soggetto da me osservato, invece, la ciste non era congenita, non era consecutiva a trauma, almeno appressabile, ed aveva sede nella congiuntiva bulbare.

L'esame microscopico del contenuto della ciste, tanto nel caso di A r l t, come di A d l e r, ha dato per risultato trattarsi di ritenzione di secreto della glandula del Krause, Nel mio caso è stato impossibile eseguire l'esame microscopico perchè il liquido andò perduto nell'atto operativo. Riporto il caso senza ulteriori digressioni.

Virgilio Giuseppe, di anni 60, di professione pettinatore di canape. Di buona costituzione organica, emmetrope. Non ha mai sofferto di malattie oculari.

Circa 4 anni or sono, avverti improvvisamente nell'occhio sinistro, nel segmento interno in prossimità della cornea, come una lieve puntura che lasciò per alcuni giorni un senso di bruciore. Quasi contempor..neamente apparve nel punto dolente una lieve iperemia congiuntivale e in mezso ad essa non tardò a manifestarsi una picstente tra i due monconi resti, relativamente li- cola bollicina che andava man mano crescendo

di volume. Ma siccome il dolore, lieve, non ebbe lunga durata, l'infermo non pensò di ricorrere al medico. Solo mi consultò dopo 4 anni, quando incominciò a provare qualche disturbo visivo.

Sul lato interno dell' occhio sinistro si scorgeva un tumore della grossessa di un pisello, con una lieve insolcatura longitudinale, largamente impiantato sulla sclerotica. Con la sua rotondità libera copriva un terso della cornea. Il tumoretto, di un colore giallo-citrino, era semi-trasparente, a pareti vascolarissate. La congiuntiva intorno alla base d'impianto era iperplastica, di aspetto carnoso, come nello pterigio.

Pansi la ciste che trovai biloggiata, ossia nel messo dall'alto in basso, divisa da un setto che corrispondeva alla insolcatura longitudinale esterna. Svuotate le due piccole cavità ne asportai gli involucri con una listerella della congiuntiva iperplastica.

Al disotto della ciste, la sclerotica presentava una fossetta, prodotta dalla continua pressione delle palpebre sul tumore.

Al presente (4 o 5 mesi dopo l'atto operativo) non rimane più traccia dell'affesione, essendosi avuto in tutto la perfetta restitutio ad integrum. Carassai (Ascoli-Piceno). Febbraio 1897.

Giovanni Polini

NOTE TERAPICHE

Il vescicatorie nelle malattie infettive. Lunot. -Gli sforsi della terapeutica nelle malattie infettive tendono oggi giorno in generale a risvegliare la fagocitosi ed a mettere l'organismo in buone condisioni di difesa contro l'invasione microbica e lo ayvelenamento per le tossine dai microbî εlaborate. Così è stata spiegata l'azione del siero antitossico nella difterite; nello stesso modo avrebbero azione i lavacri del sangue mercè iniezioni intravenose od ipodermiche di soluzioni saline impropriamente dette sieri artificiali. In certe condizioni, l'infezione, benché generale, deve essere combattuta in focolai ben delimitati, cioè nei punti di partenza dell'avvelenamento generale o nei punti di concentrazione dei microbi o delle tossine da questi secregate.

Contentarsi in tali casi di sollevare lo stato generale, significa esporsi ad una perdita di tempo preziosa, durante cui presono venir compromessi organi indispensabili all' esistenza. Bisogna senza perder tempo agire sul focolaio d'intezione e distruggervi microbi e tossine.

E' per questa azione locale che il vescicatorio riesce utile.

La cantaride, dice Ferrand, crea una neoformazione di cellule linfatiche; essa provoca una leva in massa di una nuova armata fagocitaria e contemporaneamente accresce il potere battericida degli umori.

Charrin pretende che l'azione fagocitica della cantaride sia non già localizzata al punto d'applicazione, ma generalizzata.

Maragliano e Devotoritengono che i vescicatori cantaridati non solo provocano una considerevole leucocitosi ma aumentano esiandio il potere battericida del siero sanguigno.

Lucatella ed Antonini, sperimentando su individui sani ed ammalati, vennero alle stesse conclusioni.

Questi esperimenti spiegano l'azione del cantaridinato potassico proposto nel 1891 da Li e bre i ch per la cura della tubercolosi.

La cantaridina sembra, adunque, possegga un'asione speciale che non ha alcuna delle sostanze adoperate come vescicatori o rivulsivi, le quali ultime sono per dippiù di difficile applicazione, non scevre di accidenti spiacevoli o di effetto inferiore.

Il vescicante cantaridato è sempre inoffensivo se si ha cura di servirsi di vescitori preparati con cantaride titolata. Il vescicatorio deve esser dosato come ogni altro medicamento; la cantaridina produce effetti differenti a seconda della dose adoperata; a debole dose è un tonico vascolare di prim' ordine e nello stesso tempo antisettico ed antitossico. La sua azione sul rene, anzi che deleteria è piuttosto giovevole; La necere aux, Will, Rayer hanno curato con successo la nefrite mercè la cantaride per vescicante. Il Petteru ti non ha mai notato albuminuria nei tisici da lui curati con iniezioni ipodermiche di cantaridato potassico alla dose di 1-2 milligr.

Il Freudenberg, avendo prescritto la cantaride contro la cistite, la proclamò medicamento di eccellente effetto per la rapidità di azione, assenza di qualsiasi irritazione ed essendo scevro di spiacevoli incidenti.

Il medico, adunque, sarà al sicuro da qualsiasi accidente di cantaridismo, servendosi del vescicatorio preparato da Albespeyres con cantaride titolata, specialmente se ha la cautela di non lasciarlo in sito più di 4 ore nei bambini ed 8 negli adulti.

Non occorre aspettare che si formi la flittena;

questa si formerà più o meno tardi sotto l'ovatta o sotto un cataplasma posto in loco quando si toglie il vescicante.

E inutile l'applicazione tra vescicante e cute di un foglio di carta oliata o di uno straterello di canfora rasa; in quest'ultimo modo bene spesso 6 occorso constatare che il vescicante rimase del tutto inattivo (La Mèdecine modèrne, 10 febbraio 1897).

Nacciarone

VARIETÀ

Della tintura di jodo

Si sa che il jodo agisce sull'alcool etilico, dando luogo a prodotti di sostituzione ed ossidazione. Ad evitare siffatti inconvenienti A. Sapin « Rev. pharm. de Gand » consiglia:

- 1. Di conservare la tintura di jodo alla luce e non all'ombra siccome suol farsi generalmente.
- 2. Di non preparare mai grande quantità di tintura di jodo, dovendo essa rinnovarsi ogni mese.
- 8. Di esigere, nelle farmacopee, che la tintura di jodio contenga sempre una determinata quantità di jodio libero.
- 4. Di tener conto del tempo che è trascorso dalla preparazione per dichiarare se una tintura è malamente fatta o falsificata. All'uopo il Sapin dice che una tintura preparata di recente agitata produce una schiuma poco persistente, laddove questa perdura a lungo se la tintura è di data antica.

Faisificazione delle cantaridi

Le falsificazioni delle cantaridi sono comuni nel commercio e mescolate alle buone si possono trovare di quelle che non hanno alcun potere vescicatorio, come le cetonie (Cetonia aurata) e le sylphe (Sylpha quartapunctata), ovvero esso è molto debole, com'è il caso della cantaride togata, che infatti contiene 0.27 °_{[e} di cantaridina, laddove la cantaride vescicatoria (Lytta vescicatoria) ne contiene 0.50 °_{[e}.

La cantaride togata è intanto distinguibile dalla vescicatoria perché è più grossa, ha l'addome meno all'ungato e nel mezzo delle elitre in senso longitudinale presenta una striscia di color giallo.

. Un reattivo dell'alcoo!

Secondo Merck l'acido molibdico chimicamente puro è un reattivo capace di svelare in un liquido l'al-

cool anche se in tracce. All' nopo, si scioglie a caldo l'acido molibdico nell' acido solforico concentrato e si aggiunge a questa soluzione alla temperatura di 60° C. quella in cui si sospetta dell'alcool, badando di sovrapporre i due liquidi sensa che si mescolino tra koro. Nel punto di contatto si vede allora comparire un anello bleu molto visibile e ch' è tanto più intenso quanto maggiore è la quantità di alcool.

La reazione non è peculiare dell'alcool, poichè altri corpi dànno con l'acido molibdico la medesima colorazione bleu, ma può nondimeno essere utilizzata in molti casi.

Una vecebia usanza inglese

Da tempi remotissimi a Mareton Hampstead i medici del luogo hanno l'usanza di invitare a pranzo seco loro i clienti dell'anno.

Dopo pranzo, quando la voluttuosa dolcezza di una buona digestione ha stabilito una piacevole armonia tra i convitati ed i loro anfitrioni, questi presentano ai clienti, la nota dei loro onorari.

Gli invitati che già sanno la cerimonia, subito, gentilmente, rispondono al cortese invito, certo meno grato del primo, e ciascuno poi rincasa soddisfatto della bella serata passata insieme.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per |5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segretaria dell'Opera.

Scadenza 28 febbraio.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 3000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabile in dodicesimi posticipati.

Scadenza 14 marzo. Nomina triennale.

Scamano.—1. Riviste sintetich. Gli ipnotici più in uso.—2. Lavorioriginali. Ospedale Incurabili di Napoli Clinica pareggiata del prof Ferdinando Fazio. Mutismo isterico, guarigioni multiple ottenute con l'eteriszasione. — 3. Batteriologia. — 4. Note di pratica medica — 5. Rimedi nuovi — 6. Formulario.—7. Notisie.

RIVISTE SINTETICHE

Gii Ipnotici più in uso (Pilaz).

La colluvie degli ipnotici, che in questi ultimi anni è grandinata sul mercato farmaceutico e ciascuno con le sue speciali indicazioni e commendatizie, è tale, che molti giovani pratici hanno incominciato a perdere addirittura la bussola, non sapendo, nel caso pratico, a quale dare la preferenza. Aggiungi che non pochi dei nuovi ipnotici, raccomandati con paroloni e frasi roboanti, sono ben lungi dal possedere una virtù ipnotica nel vero senso della parola, e ciò ch' è peggio, riescono più o meno nocivi all'organismo. per un verso o per un altro. Ciò ha indotto lo autore a tracciare in un breve quadro, una guida per i medici esercenti circa la entità degli ipnotici più in uso, le loro indicazioni speciali, i pericoli che si collegano ad alcuni di essi, ecc. Crediamo opportuno riassumere questo lavoro, che può dirsi un vero vade-mecum da tener presente nei casi in cui è indicato l'uso degli ipnotici.

La maggior parte degli autori divide oggi l'agripnia in due forme principali. Nella prima annovera i casi di agripnia pura, genuina, quale si suole riscontrarla nei neurastenici, nelle più svariate psicopatie (segnatamente nelle psicosi acute, ecc.). Il secondo gruppo comprende quelle forme, che sono determinate da dolori, o da altre sgradite sensazioni corporee (come stimolo alla tosse, prurito, ecc.), ovvero da stati di ambascia, ecc.

Tutti gli ipnotici propriamente detti, e dei quali terremo ora parola, agiscono, quasi unicamente nei casi della prima categoria, e riescono più o meno inefficaci nell'agripnia dovuta a stimoli dolorosi, a traumi psichici, ecc. In questi ultimi casi agisce sommamente l'oppio ed i suoi preparati, specialmente la morfina. Laonde, a stretto rigore di termine, questi ultimi farmachi non sono ipnotici nel vero senso della parola. Essi agiscono piuttosto in quanto che rimuovono la sorgente dell'insennia, cioè il dolore o l'ambascia.

L'asione della morfina è tanto-ben nota, che possiamo qui dispensarci dal tenerne parola. Ogni l'attività cardiaca. In seguico. Sicchè quando non si riesce ad eliminare il dolore con i nostri antinevralgici ed anodini (come l'antipirina, la fenacetina, ecc.), che debbono essere sempre anzitutto tentati, come pure mei casi di agripnia in seguito a stati di ambascia (come per es. nella melancolia), si può ben ricorrere alla morfina. Il cloralio, il sulfonalio ecc., non darebbero qui alcun risultato positivo. Vi-

ceversa, non sarebbe punto giustificato semministrare un oppiato nell'agripnia « nervosa » essensiale. In fine, è da tener presente che in alcuni casi, specialmente di quelli che occorrono nella pratica psichiatrica, non si riesce a conseguire l' obiettivo nè soltanto con la morfina, nè unicamente con un ipnotico. Bisogna allora associare gli oppiati a qualche ipnotico.

E' oramai a tutti ben noto, che con l'uso

E' oramai a tutti ben noto, che con l'uso interno dell'oppio e dei suoi derivati, i pericoli di un' assuefazione non sono così grandi come

con l'applicazione sottocutanes.

Ciò premesso, prendiamo ora in esame gli ipno-

tici propriamente detti.

Ciò che anxitutto si richiede da un ipnotico, è che esso sia dotato di un'axione sicura e che sia innocuo. Inoltre, fa d'uopo che l'organismo non vi si assuefaccia, anche, se si faccia a lungo uso del farmaco. In fine, fa d'uopo che per lo meno, non sia disgustoso.

Sventuratamente, finora non possediamo alcun ipnotico, che risponda a tutti questi postulati.

Infatti, finanche il tanto decantato cloralio, se viene adoperato per lungo tempo, determina sintomi sgraditi da parte dell'apparecchio vasale. Alla paraldeide, che è tanto pregiata nella pratica psichiatrica, è imerente un inconveniente, che rende difficile, addirittura impossibile il suo uso nella pratica privata, cioè il sapore pochissimo gradito e l'odore spiacevole, che si comunica all'aria espirata. In quanto al salfonalio, è ben risaputo che, adoperandolo senza serie precausioni, può provecare sintomi gravi. D'altro lato, vi sono molti messi coi quali finora non furono osservati effetti accessori pericolosi, ma che non sono punto dotati di azione sicura.

Passando in rivista la vasta serie dei farmachi, che qui ci interessano, è anzitutto a rilevare, che vi sono cinque a sei preparati, che meritano di essere raccomandati come i più utilizzabili. Essi sono: il cloralio, la paraldeide, l'idrato di amilene, il sulfonalio, il trionalio, e forse anche la

pellotina.

L'idrato di cioralio è cronologicamente il primo, e nel tempo stesso, uno dei mezzi più sicuri. Li e b r e i c h fu il primo a raccomandaria come ipnotico. Dopo dosi medie, di 1-2 grm., produce un sonno di lunga durata, che si verifica abbastanza rapidamente, e non è seguito da alcuna sensazione subiettiva sgradita. I rispettivi individui nel destarsi dal sonno non accusano ottundimento del sensorio, stanchezza, ecc.

Dope dosi elevate (al di là di 6 grm.) si osservano stati di coma profendo, con abbassamento della temperatura del corpo e diminuzione dell'attività cardiaca. In questi casi paò verificarsi finanche la morte nel grave collasso. In dosi molto piccole, per es. 112 gram. in un adulto, non soltanto non si manifesta alcuna azione ipnotica, ma talvolta si ha addirittura au effetto diametralmente opposto a quello che si desidera. O pe en he i mer e Grainger hanno osservato casi, in cui, dopo dosi molto-piccole, si produssero stati di sovreccitazione, e finanche allucinazioni di ogni specie.

Steinauer riferisce di avere osservato una analoga azione eccitante del cloralio negli artritici, e consiglia di far prendere agli infermi qualche carbonato alcalino per un pajo di giorni, prima di ricorrere al cloralio.

In complesso: dalle osservazioni finora esistenti, risulta che un'assuefazione dell'organismo a questo mezzo è molto lieve, onde non è necessario aumentare la dose dopo breve tempo, nè si verificano fenomeni di astinenza dopo aver sospeso l'uso del farmaco. Tuttavia, non si dimentichi che il cloralio, somministrato per lungo tempo, esercita un'influenza considerevole, e propriamente paralizzante, sul cuore e sui grossi vasi. Ecco perchè nelle malattie del cuore questo farmaco è controindicato, o al massimo, si può adoperarlo con grandissima cautela. Negli infermi inchiodati a letto, a causa dell'azione vaso paralitica del farmaco, si manifesta una grande tendenza alla produzione del decubito (Reimer, Kirn).

Però anche nelle persone il cui apparato vasale è completamente intatto, dopo aver fatto uso, per lungo tempo, del cloralio, si estrinseca nettamente l'influenza vaso-paralizzante di codesto farmaco, in quanto che per es., dopo uso di quantità minime di alceol, oppure di caffè, di thè,

ecc., si producono forti congestioni.

L'idrato di cloralio, è quindi, controindicato nelle malattie del cuore e dei vasi, come pure

nei febbricitanti.

In quanto al modo di adoperare il cloralio, ci sarebbe da notare quanto segue. Poichè esso esercita un' azione locale irritante, è opportuno di non adoperarlo per injesione sottocutanea, nè di propinarlo, per la via dalla bocca, in sostanza oppure in soluzioni concentrate, per non provocare gastriti. Il meglio è di prescrivere il cloralio in mezzi mucillaginosi, per es. sopra 1 grm. di cloralio, 40 grm. del correttivo. La dose ordinaria ascende per l'adulto a 2 grm., per i bambini a 1₁2-1 grm. Nei casi in cui, per un motivo qualsiasi, non sembri opportuno l'uso interno del cloralio, si può somministrarlo, nelle cennate dosi anche per clistere, bene inteso, addizionato della necessaria quantità di un v-icolo avvolgente.

Idrato di amilene.—E' un liquido incoloro, molto scorrevole, di un peculiare sapore acre, simile a quello della menta piperita. Si scioglie poco nell'acqua (in proporzione di 1:8), facilmente nell'alcool. Introdotto nella terapia per la prima volta dal Mering, fu trovato un eccellente ipnotico da molti altri autori, i quali constatarono (Scharschmidt, Krafft Ebing, Petrazzani) che rispetto al cloralio, ha il pregio di non alterare puoto l'apparato vasale.

Dalle osservazioni sperimentali risulta che lo idrato di amilene, in piccole dosi, esercita una azione stimolante sul cuore (H a r n a k e H. M e-

yer, Cramer).

Si può somministrare questo rimedio per lungo tempo e senza conseguenze nocive. Però in tal caso per provocare con certezza il sonno, bisogna accrescere la dose.

La dose ordinaria è di 2-3 grm. in acqua, o con aggiunta di sciroppi o di alcoolici, per es. cognac, come correttivo. M e ri n g lo ha prescritto anche in capsule, oppure raccomandò la birra come correttivo.

Dopo uso di dosi molto elevate (20 grm. Anker) fu osservato uno stato sincopale, con consecutiva sounolenza, che durò molti giorni.

Paraldeide. — Fu introdotta nella terapia dal Cervello. E' un liquido limpido, di odore e sapore speciali e poco graditi. Nell'acqua si scioglie in proporzione di 1:8. Il meglio è di prendere la paraldeide in soluzione alcoolica per es. di 1:8.

Un inconveniente di questo preparato è che lo odore si comunica all'aria espirata. Però, è innegabile che esso rende preziosi servigi come ipnotico, e ciò segnatamente perchè si può somministrarlo per lungo tempo, senza che esplichi la menoma influenza sull'attività cardiaca, e sull'apparecchio vasale. Inoltre, lo stesso tratto digerente tollera questo farmaco, senza risentira alcun danno. L'assuefazione, che si verifica dopo lungo uso del rimedio, può essere, in taluni limiti, combattuta aumentando la dose.

I primi risultati favorevoli furono confermati, più tardi da Peretti, Dujardin-Beaumets ed altri. Agisce a dosi medie di 5 grm., ma, si può, senza tema, portare la dose fino a 10 grm.

può, senza tema, portare la dose fino a 10 grm. Sulfonalto.—E' una polvera bianca, cristallina, completamente inodora ed incolora, che nell'acqua fredda non si scioglie quasi affatto, mentre si scioglie più facilmente nell'acqua calda, sopratutto in liquidi debolmente alcalini. Kast fu il primo a richiamare l'attenzione sulle proprietà ipnotiche del sulfonalio, ed a questo giudisio si associarono Schwalbe, Kornfeld, Robbas, Koppers, Schultze, Cramer, Salgò ed altri. Tuttavia, già questi primi 🐠 servatori menzionarono l'azione cumulativa di questo preparato, il che si spiega con la debole solubilità di questo farmaco; ed essi affermarono di avere accertato, che spesso, nel giorno consecutivo all'uso del sulfonal, perdura una certa sonnolenza. Dopo poco tempo, apparvero alcune comunicazioni, nelle quali si teneva parola di gravi fenomeni di intessicazione, apparsi, in se guito all'azione cumulativa di questo farmano adoperato, per lungo tempo, senza interruzione I rispettivi autori constatarono stati comatos con gravi disturbi gastrici, vomito, stipsi, 600e l'urina oltre alle note di una nefrite parenchimatosa acuta (oliguria, albuminuria), presentavi pure il reperto della ematoporfirina (Salkow ski, Hammarston, Schultze, Hert wig ed altri).

Petit fu il primo a segnalare un caso di morte, dovuta indubbiamente ad avvelenamento coi sulfonalio. Il secondo caso fu riferito da K naggina questi ultimi tempi le indicazioni sulle intosicazioni per sulfonalio, con esito letale, si sono moltiplicate (Breslauer, Friedenreich, Friedlaendered altri); per lo più trattavasi di avvelenamenti cronici non acuti, il che

farmaco, onde lalunga durata di tempo perchè levare di avere constatato, che il sulfonal, come

esso venga completamente riassorbito.

Ad ogni modo, malgrado questi inconvenienti, si può adoperare, senza alcun timore, il sulfonalio, purché si prendano tutte le cautele necessarie. Fra queste cautele, le più importanti sono le se-

1.º) bisogna sempre tener d'ouchio lo stato dell'attività intestinale, e combattere energicamente

la stipsi, tostochè essa si manifesti;

2.0) bisogna propinarlo a dosi di 1 grm., tutto al più fino a 2 grm., e sospendere la somministrazione del farmaco, tostoche la secrezione urinaria incominci a diminuire, oppure quando l'urina principi a prendere un colore scuro.

In fine, relativamente alla dose, è da tener presente che le dosi elevate non soltanto sono pericolose, ma anche punto necessarie. In fatti, le persone che non dormono prendendo 1 grm. di sulfonalio, non dormono neppure prendendone 4 grm.

Trionalio e Tetronalio.—Per natura chimica e per proprietà fisiologiche, si accostano al sulfonal, il trional ed il tetronal, i quali ebbero non pochi entusiastici lodatori, i quali fecero rilevare che così il trional come il tetronal hanno un'azione più rapida del sulfonal (dopo 15 minuti, laddove il sulfonal produce il sonno dopo 2 a 3 ore).

Fra gli autori, che più si distinsero nel decantare l'azione del trional e del tetronal, sono a segnalare Barthe Ruppel, Steiner, Schultze, Brie, Garnier, Koppers, Schoefer, Obersteiner, Svetlin, Böt-

tiger, Collatz ed altri.

Non è stato ancora accertato, se il trional o il tetronal eserciti un'azione più energica alla stessa dose del sulfonal. Ad ogni modo il tetronal difficilmente potrà avere un grande successo nella pratica, perchè il suo costo è molto elevato.

D'altro lato, tenendo presente la frequenza con cui negli ultimi tempi fu prescritto il trional, bisogna rilevare che esso implica gli stessi pericoli del sulfonal, onde sono richieste le stesse cautele. Quindi, bisogna propinarlo soltanto in piccole dosi, per un tempo non troppo lungo, e sorvegliare sempre l'urina. E' stata già pubblicata una serie di casi di cronico avvelenamento per trional, tra cui alcuni con esito letale (la sindrome fu costituita da oliguria fino all'anuria, ematoporfirinuria, vomito, atassia, coma, ecc).

Già il Beyer, e dopo di lui il Matthesed altri, fecero rilevare, che, nel prescrivere la dose del trional e del tetronalio, bisogna « individualizzare secondo l'età ed il sesso, e non già prescrivere rutinariamente la dose di un grm. e

mezzo.

Benchè le ultime relazioni degli autori invitino ad essere cauti con la somministrazione del trional e del tetronal, certo è che questi due farmachi possono essere adoperati impunemente, quando si prendano le debite cautele. L'autore consiglia, come dose ordinaria per un adulto, 1 grm., e di non somministrarlo mai per 2-8 set- non abbassa la pressione sanguigna, non paratimane; indi ricorrere al cloralio, all'idrato di ami- lizza i vasomotori.

si spiega con la leggiera solubilità di questo lene, alla paraldeide, ecc. Infine, l'autore fa riil trional ed il tetronal, esercitano soltanto un' azione ipnotica, ma non anodina.

Acetalio.—E' un liquido, che ha un gradito odore etereo ed un sapore leggermente amaro. Mering fu il primo ad adoperare nell'agripnia l'acetal, con buoni risultati, a dosi di 8 10 gr. Egli ne fece grandi lodi e lo proclamò finanche

superiore al cloralio.

Però, le ulteriori indagini di altri autori fecero constatare, che esso non è dotato di azione sicura, e qualche volta provoca fenomeni acces-

sori sgraditi (vomito, vertigini, ecc.).

Acetofenone (Ipnone). — E' un liquido incoloro o leggermente giallastro a temperatura ordinaria (al di là di 14º), oleoso, di odore *sui generi*e, sgradito, di sapore acre e leggermente caustico.

Si scioglie poco nell'acqua, più facilmente nel-

l'alcool e negli oli grassi.

L'ipnone fu raccomandato, per la prima volta, da Dujard in-Beaumetz come ipnotico. Secondo lui, agirebbe perfino a dosi di 0,2-05. Però, altri autori (Hirt, Rottenbiler, Mayret, Combemale) non ottennero alcun risultato positivo, neppure dopo aver dato una dose tripla.

A causa delle sue proprietà caustiche, non può essere adoperato per iniezione sottocutanea.

E' meglio darlo internamente con l'olio di mandorle o di oliva, in capsule di gelatina (ogni

capsula contiene 10-15 gocce).

Tannato di cannabina e cannabinone. — Due preparati della canape indiana, il tannato di cannabina (Merck) ed il cannabinone (Bombelon), furono caldamente elogiati, da alcuni autori, sia come ipnotici generici, sia come anodini. Però, i risultati , finora ottenuti, non aepongono molto favorevolmente a questi nuovi farmachi.

Nè ciò è tutto, perche qualcuno ha affermato di avere osservato sintomi accessori molto sgraditi da parte del sistema nervoso e del cuore (polso filiforme, sensazione di ambascia, cefalea, vertigine, ecc.). Oggi, così il tannato di cannabina (dosi da 7 a 25 centigr.) come il cannabinone, sono caduti completamente in disuso.

Cloralamide. - Si presenta in forma di aghi incolori, che sono quasi completamente insolubili nell'acqua a temperatura della camera, mentre l'acqua calda lo decompone nei suoi due elementi (cloroformio e formiato di ammoniaca).

Nesbit fu il primo ad usare questo farmaco come ipnotico, ed affermò che agisce sul sistema

circolatorio meno del cloralio.

Però, Langgaar de qualche altro, che lo adoperarono, non ne trassero alcun risultato po-

Cloralformamide. — Si presenta in forma di cristalli, incolori, inodori, di sapore leggermente amaro, ma non acre.

Secondo Meringe Kny, il cloralformamide avrebbe, rispetto al cloralio, il pregio, che esso

Tuttavia Langgaard ed altri non trovarono le esatte asserzioni di Meringe di Kny, perchè accertarono, nelle loro ricerche, che il cloralformamide ha un'azione incostante, e può cagionare perfino gravi stati di collasso.

Cloralosio.—Si presenta in forma di aghi incolori, di sapore amaro, i quali sono molto solu-

bili in acqua calda.

Questo farmaco fu caldamente raccomandato da Moutard-Martin, che lo decanto come un ipnotico sicuro, finanche a piccole dosi (0,1-0,3). Tuttavia. non andò guari, ed altri autori ebbero a constatare effetti accessori sgraditi di questo ipnotico, come tremore, clonismo, e finanche stati catalettici (Maragliano), il che si spiega col fatto, che questo preparato aumenta i riflessi.

E Blachkam ed Hergen hanno tenuto finanche parola di casi in cui il cloralosio determinò l'esito letale (deliri furibondi con consecutivo coma). E Morandon de Montyel nega perfino un'azione ipnotica al cloralosio.

Cloraluretano (Uralio, Uralina).—Si presenta in forma di una massa cristallina, poco solubile

nell'acqua.

Poppi fu il primo a raccomandarlo nell'agripnia, e ne fece alcuni elogi. Tuttavia, oggi è dimostrato, che è dotato di un'azione molto debole; secondo Raimondi ci vogliono da 4 a 5 gr. per ottenere un risultato alquanto soddisfacente.

Ipnalio.—Si presenta in forma di cristalli incolori, poco solubili nell'acqua fredda. Secondo Bardet, l'ipnalio riunirebbe in sè le proprietà terapiche del cloralio e dell'antipirina, cioè che eserciterebbe non solo un'azione ipnotica, ma anche analgesica. Negli intermi un pò deboli, provoca facilmente il vomito. La dose è di 1-3 grammi.

Metilalio.—E' un liquido incoloro, di sapore aromatico, e che tramanda un odore simile a quello del cloroformio. Personali fu il primo a richiamare l'attenzione degli autori sulle proprietà ipnotiche del metilal. Però, Giallini, Lemoine, Petrazzani ed altri, avrebbero constatato, che l'azione ipnotica del metilal è

molto insicura.

Inoltre, l'assuefazione è cosi rapida, che, già dopo 2-8 giorni, esso non agisce più (Mairet).

Il metilal può essere adoperato per iniezione sottocutanea a dosi di 0,5.1 gr.; nel sito dell'iniesione si produce soltanto un leggero dolore, che si dissipa subito.

Cloridrato di pellotina.—E' un alcaloide ricavato dall' Anhalosium Williamsii, che cresce nel Messico. Forma una polvere bianca, inodora, di sapore amaro, facilmente solubile nell'acqua.

Secondo Jolly ed altri, è dotato di una discreta azione ipnotica. La dose è di 0,04, vuoi per via interna vuoi per via sottocutanea.

Il cloridrato di pellotina ha avuto un mediocre successo nella pratica. Però, in questi ultimi tempi, Langstein ne ha dato un giudizio molto sfavorevole, avendo constatato; che qualche volta si è prodotto un collasso auche

dopo una dose relativamente piccola del farmaco. Piscidia eritrina. — E' stata ricavata da una pianta, che nasce nell'India occidentale.

Otto, Senatore Seifertsiespresserofavorevolmente sopra questo ipnotico; mentre Legoy, Hurley ed altri non ottennero alcun risultato favorevole.

Come principio attivo, fu isolato un corpo, la piscidina, sulla cui natura chimica, cioè se sia un alcaloide od un glucoside, si discute tuttora.

Somnalio.—E' una sostanza, isolata dal farmacista Radlauer, sulla natura chimica della

quale si discute ancora.

Probabilmente, trattasi di un miscuglio variabile di cloralio e di uretano in soluzione alcoolica, il che emerge già dal fatto, che il somnal ora viene descritto come un corpo il cui punto di fusione è a 42°C., ora come un liquido limpido, che tramanda un forte odore alcoolico.

Al principio Myers, Conelewsky e Umpfenbach si espressero abbastanza fa-

vorevolmente sull'azione del somnalio.

Però, le ricerche posteriori fecero rilevare che il somnal non è dotato di azione sicura, e che può esercitare anche un'azione nociva sull'apparecchio della circolazione. Liebreich esoriò a non fare uso del somnal, perchè trattasi di una sostanza la cui composizione chimica è variabile ed incerta.

Fu adoperato a dose di 1-2 gr. Oggi, è ca-

duto quasi completamente in disuso.

Uretano. — Si presenta in forma di lamelle incolori; cristalline, facilmente solubili nell' acqua. Il suo odore ricorda un poco quello della

Schmiedeberg alprincipio si pronunsiò favorevolmente su questo ipnotico: e questo giudisio fu confermato da Jolly, Jaksch, Kraepelin ed altri.

Inoltre, tutti questi autori affermarono che l'uretano non esercita alcuna azione sfavorevole sull'apparacchio della circolazione. Però, altri come Gunther, Friedlander, Otto, König, ecc., ebbero non pochi insucessi.

Oggi, l'uretano viene adoperato di rado, tanto più che fra i fenomeni accessori sgraditi, che esso provoca, vi è pure una forte anoressia.

La dose media di uretano sarebbe di 1-3 gr; Rottenbiler lo adoperò per iniezione sottocutanea, ma neppure in questo modo se ne eb-

bero risultati favorevoli (Koenig). E con ciò è esaurita la serie degli ipnotid più in uso, o, per lo meno, di quelli più noti. Rinunziamo qui a tener parola di quei moderni preparati, che constano di miscugli variabili ed arbitrari di diversi farmachi, come per il clo-

robromo, la bromidria, ecc.

Come ipnotici realmente utilizzabili, cioé dotati di azione sicura, possono essere ritenuti, secondo l'autore, soltanto il cloralio, la paraldeide, l'idrato di amilene, il sulfonalio, il trionalio (e forse anche la pellotina, perchè offre il vantaggio di poter essere adoperata per via sottocutanes).

A quale stregua dobbiamo attenerci nella scel-

ta di questi ipnotici? Se non andiamo errati, questo farmaco è che ciò emerge con evidenza già da quanto finora è iniezione sottocutanea. stato detto.

Ad ogni modo, crediamo utile riassumere qui brevemente le rispettive norme, da tener prh-

sente in questi casi.

1º Negli individui con apparecchio vasale infermo, o che sono inchiodati a letto dalla malattia, l'uso del cloralio è controindicato a priori;

2º In tutti gli altri casi si dovra tentare dapprima il cloralio, e, soltanto se si debba fare uso per lungo tempo degli ipnotici, si potra ricorrere consecutivamente all'idrato di amilene, alla paraldeide, al sulfonal, ed al trional;

3º Quando si adopera il sulfonal ed il trional, si dovrà sorvegliare rigorosamente l'attività intestinale; combattere la stipsi (se si produce), analizzare spesso l'urina, e sospendere l'uso

dell'ipuotico dopo 2-3 settimane;

4º Quando si dovrà fare uso per lungo tempo degli ipnotici, non è permesso ricorrere esclusivamente al cloralio, oppure agli ipnotici del gruppo disulfonica

In questi casi, è assolutamente necessario al-

ternaro codesti medicamenti;

5º Tutte le velte in cui l'infermo e le persone della sua famiglia non sono gente molto schifiltose, il migliore di tutti gli ipnotici resta l'idrato di amilene o la paraldeide, che sono dotati entrambi di asione sicura, possono essere presi per lungo tempo sensa risentirne alcun danno, e nel caso di assuefasione dell'organismo al farmaco, si può raddoppiare la dose sensa paventare alcuna conseguensa;

6º Tutti questi ipnotici, eccesion fatta del sulfonal, agiscono rapidau, ente dopo l'introdusione del preparato, sicchè debbono essere presi stando a letto di sera. L'asione del sulfonal si esplica 2-4 ore dopo aver preso il farmaco;

7º Il sulfonal, il trional ed il tetronal, a causa della loro scarsa solubilità, debbono essere somministrati, ridotti in sottilissima polvere, in liquidi caldi.

Inoltre, il sulfonal può essere anche somministrato, in forma di sottilissima polvere, me-

scolato agli alimenti;

8º Quando non si voglia dare l'ipnotico internamente, si può anche prescrivere il cloridrato di pellotina, che si adatta per iniezione sottocutanea, e dà risultati molto soddisfacenti.

In ultimo l'autore tiene parola, a modo di appendice, di un farmaco che non può essere affatto adoperato come ipnotico, ma la cui conoscenza è di una grande importanza non soltanto per lo psichiatra, ma altresi per il medico pratico.

Questo farmaco è il cloridrato di joscina.

In esso, possediamo un rimedio preziosissimo im quei casi nei quali si tratti di determinare rapidamente la calma in infermi con grave so-vreccitazione nella afera motrice, e quindi, per ess., sopratutto allorchè si tratti di trasportare maniaci da un sito all'altro. Un altro pregio di

questo farmaco è che si può somministrarlo per iniezione sottocutanea.

La joscina si presenta in forma di una polvere cristallina, bianca, inodora, di sapore sgradito, sui generis.

Si scioglie facilmente nell'acqua. L'effetto di una iniezione di joscina rassomiglia esternamente a quello di un iniezione di curaro (però, non paralizza direttamente la muscolatura della respirazione, come fa quest'ultimo).

Dopo pochi minuti, la sovreccitazione motrice

è completamente cessata.

Come effetti accessori si osservano talvolta forte midriasi, tachicardia, congestioni, spessissimo anche delirio.

Se questo farmaco possa essere adoperato per lungo tempo, se ad esso si possa ricorrere anche come ipnotico, ecc., non ancora è stato definitivamente assodato.

Ad ogni modo, in tutto ciò si tratta di questioni, le quali hanno interesse specialmente per la pratica psichiatrica.

In fine, è a rilevare, che la joscina non può essere adoperata nei cardiopatici.

La sua dose efficace ascende a 0,0001-0,0005 (Wiener klinische Wochenschrift, n. 6, 1897).

Moyer

LAVORI ORIGINALI

Ospedale Incurabili di Napoli. Clinica Pareggiata del Prof. Ferdinando Fario.—MUTISMO ISTE-BICO. GUABIGIONI MULTIPLE OTTENUTE CON L'ETERIZZAZIONE.

Ecco qui due inferme di mutismo isterico, di cui esporrò brevemente la storia clinica.

1.ª Giuseppina Ruscitto, di Petrella Tifernina, di anni 24, nubile, donna di casa. Ad 8 anni soffri di un tifo grave, ed a 18 contrasse la sifilide, come ella dice, da una sua compagna, e per ciò fu sottoposta alla cura mista jodica e mercuriale.

Nel gennaio 1893, ebbe forti cardialgie, con ematemesi, che fecero per poco credere all'esistenza di un'ulcera perforante dello stomaco, ma questi disturbi cedettero presto alle cure sedative praticate nell'ospedale. E qui rimanendo fu colta spesso da convulsioni isteriche, che si producevano sempre dietro cause morali.

Migliorata, tornò al suo parse, dove era appena da dus giorni, quando in seguito di una forte convulsione divenne muta.

Per questo nuovo disturbo rientrò nell' ospedale, e sottoposta ad esame speciale, lasciò rilevare, fra gli altri dati morbosi, i seguenti: emianestesia a sinistra, zone isterogene sulla nuca, ovaria bilaterale, leggiero trisma, contrattura spiccata della lingua da impedirle di cacciarla fuori; restringimento del campo visivo: o: d: segmento esterno 40, interno 35, superiore 45, inferiore 85, o: s: segmento esterno 65, interno 70, superiore 60, inferiore 75.

Mutismo rompleto, ed afonia. — Conservata la scrittura.

Dopo tre giorni dalla sua rientrata nell'ospedale fu sottoposta all'eterissazione, ed il mutismo cedette, come per incanto. E l'interma, rimessa tornò di nuovo tutta contenta nel suo paese, ma la sua mala ventura non era finita, chè dopo 18 giorni dietro un forte spavento, ridivenne muta, come la volta precedente.

Ed eccola qui di ritorno nel nostro ospedale, nelle stesse condizioni, e con gli stessi sintomi. che vi ho già riferiti, e che voi stessi verificherete con me, facendovi intanto notare la lunga durata di quest'ultimo attacco, che sono quindici mesi, e la sua pertinacia, come negli attacchi precedenti, a tutte le cure praticate, tra gli altri, dal distinto prof. Fede, che mi diresse la inferma.

2.ª Carmela Grasiano, di anni 18, nubile, da Serino, cucitrice. Malata da 11 mesi con contrattura paraplegica degli arti inferiori.

La contrattura fu preceduta, secondo che lei riferisce, da dolore al cuore, e senso grave di affanno. Quattro mesi or sono, la contrattura cedette spontaneamente, e l'inferma fu al caso di camminare di nuovo senza difficoltà, ma per 20 giorni appena, perchè dietro attacchi convulsivi ricadde nello stato di prima, nella impossibilità, cioè di muoversi per contrattura simultanea degli arti inferiori.

Durante questi 11 mesi è andata soggetta a molti attacchi convulsivi, e per quattro volte a mutismo, che ha sempre seguito alle convulsioni ed ha sempre ceduto all'uso dell'eterizzazione.

Siamo ora al quinto attacco, e con le stesse note degli attacchi precedenti, vale a dire mutismo completo ed afonia, mentre la scrittura è perfettamente conservata. Come stimmate isteriche presenta tuttora: emianestesia a sinistra, ovaria doppia, più spiccata a sinistra, una zona isterogena tra le scapole in alto, e restringimento visivo, quasi una copia conforme dell'ammalata precedente. Niente di morboso uei vari organi.

Le inferme in esame rappresentano duaque due tipi clinici di mutismo isterico.

eterizzazione, e come agisca l'etere vi dirò più tardi, dopo, cioè, di averne fatto l'esperimento, carissimi giovani, alla vostra presenza.

E l'esperimento è semplicissimo. Come vedete applico la borsa, dove ho versato una certa quantità di etere, alla prima inferma, tenendo ferme le sue braccia, e provocando che vi respiri dentro ampiamente con la bocca, e col naso, così come si suole nella pratica più comune dell'eterizzazione.

La seduta, e per essa l'inalazione, deve protrarsi di pochi minuti, in media da 2 a 5 appena, e come seguitate a vedere, l'inferma stordita, eccitata, si dibatt, e si agita tutta, ed ecco che comincia a pronunziare dei monosillabi stentati, indistinti—eh—pu-e poi finisce per pronunziare di seguito delle parole chiare, distinte, e voi le sentite, sentite come parla bene, e speditamente: professore, risento la mia voce finalmente dopo 15 mesi, voglio alzarmi, lascia-

Ed ora possiamo di fatti lasciarla in libertà, sicurissimi di trovarla domani a discorrere liberamente con le sue vicine, come non fosse stata mai muta.

E domani stesso ripeterò l'esperimento sulla seconda inferma, e sono sicurissimo di ottenerne lo stesso risultato. (Come di fatti avvenne).

Ed intanto scorgo sul vostro viso una giusta espressione di meraviglia per la rapidità del successo, per l'istantaneità della guarigione.

Niente meraviglia per l'isteria. Sono appunto queste guarigioni istantanee, e spettacolose, che accreditano i santuari, e danno piena ragione dql grido di entusiasmo, che si eleva nei templi, ed ai piedi delle sacre immagini, dalla folla credente nel miracolo.

Ma come vedete anche noi facciamo di simili miracoli a nome della scienza, che rappresentiamo, ed a nome di essa vi parlerò brevemente del soggetto in esame, del mutismo isterico, dal punto di vista della clinica, della patogenesi e della cura.

Clinica. — Il mutismo rappresenta senza dubbio uno degli accidenti isterici di maggiore importanza, e rientra, come si sa, nella categoria generale delle afasie motorie. E possiamo anche dire ch'è il vero tipo, o la forma più classica delle afasie così dette motorie.

E come tale ne possiede tutti i caratteri clinici. Parlate alle isteriche mute, e dalle espressioni del viso potrete ben giudicare, che inten-Per la cura preferisco oramai il metodo della dono perfettamente il vostro discorso; ciò che

vuol dire che l'immagine auditiva della parola è in esse perfettamente conservata.

E date anche a lggere a queste inferme, ove siano al caso di farlo, ed ugualmente dalle espressioni del viso, o dai gesti che compiono, voi potrete giudicare, che intendano perfettamente la lattura, che eseguono; ciò che vuol dire che l'immagine visiva della parola è in esse del pari conservata.

Ed intanto non sono al caso di pronunziare una sola parola, un solo monosillabo, perchè loro manca la facoltà di articolare le parole, e per essa la coordinazione dei movimenti necessari, onde l'articolazione si compie. Ciò che vuol dire, che nel mutismo isterico funzionano normalmente il centro visivo, ed il centro auditivo della parola; invece non funziona, o funziona male, il centro coordinatore, stabilito già da tempo, come sapete, da Broca nel piede della 8ª circonvoluzione frontale sinistra.

I caratteri clinici mentovati, appartengono al mutismo isterico, come a tutti gli altri tipi di afasie motorie.

Ma il mutismo isterico si distingue dalle altre afasie motorie per una serie importante di critert clinici, che vi esporrò sommariamente richiamando su di essi tutta la vostra attenzione, perchè dal loro esame vi sarà facile nelle circostanze di stabilirne con sicurezza la diagnosi:

1.º Il mutismo isterico sopravviene bruscamente dietro un' emozione morale, sens' altro, o
dietro un attacco convulsivo. E come rapidamente sopravviene, così rapidamente suole scomparire, nello stesso modo per effetto di una nuova
emozione, e di un nuovo attacco convulsivo, se
pure non ceda artificialmente con un mezzo curativo. Questo modo d' iniziarsi e di risolvere,
non appartiene, e non può appartenere ad al
cun' altra forma di afasia motoria, quale che ne
sia la causa, quale che ne sia la sede.

2.º Nella afasie motorie di origine corticale, che sono le più comuni, l'intelligenza si presenta ordinariamente depressa, sebbene in grado ed in proporzioni diversi. Nessuna depressione di simil genere invece nel mutismo isterico. Le inferme conservano perfettamente, squisitamente tutta la vivacità della loro intelligenza, che si può giudicare benissimo dai gesti, dalle espressioni del viso, e più di tutto dalla scrittura.

8.º Nelle afasie motorie, pur essendo di regola abolita l'articolazione della parola, gli infermi conservano tuttavia qualche motto, qualche monosillabo, che ripetono sempre identicamente,

monotamente, come la sola espressione delle loro idee, ed i capitoli speciali delle afasie motorie sono piene di espressioni al riguardo. Ricorderò per mio conto una povera inferma, osservata l'anno scorso con afasia motoria per lesione corticale, che ad ogni domanda non sapeva, e non poteva rispondere altro che: tutumè-

Come il Broca faceva già notare al proposito, nelle afasie motorie il vocabolario è ridotto ad una sola parola, e perfino ad una sola sillaba, o ad una sola lettera dell'alfabeto.

Ora nel mutismo isterico il vocabolario non è ridotto, ma soppresso addirittura.

L' isterica non può pronunsiare ne una parola, ne una sillaba, ne una lettera.

E' muta nel vero senso della parola, anzi, come notava giustamente Charcot, è più muta del muto stesso, perchè a quest' ultimo è spesso riserbata l'emissione di un grido, o di un suono gutturale, e nelle isteriche mute anche questo manca, perchè non sono soltanto mute, ma nel tempo istesso sono anche afone.

4.º Nelle afasie motorie per lesione corticale si associa spesso l'agrafia per la vicinanza del centro coordinatore della scrittura con quello della parola, e quindi una grande facilità di essere insieme compresi nel campo della lesione.

Nel mutismo isterico l'agrafia non si trova mai, e vi passo in giro due lettere delle nostre inferme, dove sono descritte tutte le loro sofferenze con carattere chiaro, e preciso.

5.º Di un altro segno voglio infine trattenervi, sebbene di secondaria importanza; vale a dire, che se domandate alle isteriche mute, perchè non parlano, tutte istintivamente portano la mano alla gola, facendo così intendere, che incontrano li l'ostacolo, e la difficoltà per la pronunsia della parola.

E di questo segno, che ho trovato costante nelle inferme da me viste, fa menzione speciale Charcot nelle lezioni sul mutismo isterico, asserendo che nelle circostanze potrebbe anche servire per riconoscere una simulazione, come nella commedia del Molière pel caso di Lucinda, che alle domande perchè non riuscisse a parlare, risponde con dei monosillabi, e portandosi la mano alla bocca, alla testa ed al mento.

Vi è, dunque, tutta una serie di criterii clinici per riconoscere il mutismo isterico dalle altre afasie motorie, mentre le varie stimmate faranno accertare nelle circostanze la diagnosi generica dell'isteria.

Patogenesi. — Seguo pel mutismo, come per le

principali manifestazioni dell' isteria, la dottrina patogenetica messa innanzi da Charcot, e dalla sua scuola, la dottrina, così detta, dell'idea fissa. Un'isterica ha l'idea fissa di non poter muovere un arto, e l'arto non si muove più malgrado tutta la buona volontà, e tutta la grande energia che l'inferma impieghi per contrarlo, e malgrado che le vie motrici cortico-periferiche siano perfettamente integre, come si può giudicare dalla risoluzione completa, e spesso istantanea, che segue sia spontaneameute, sia artificialmente a base suggestiva.

Accade lo stesso pel mutismo. L'isterica comincia per avere l'idea fissa di non poter parlare, e finisce di fatti per non potere articolare un solo monosillabo, come le altre precedenti finivano per non poter muovere un arto, o per non avvertire uno stimolo sulla superficie del corpo.

Quest'idea fissa esercita un'influenza inibitrice sul centro coordinatore della parola, e può manifestarsi, secondo me, con un doppio meccanismo funzionale per la produzione del mutismo, con uno stato d'inerzia, o di acinesi, e con uno stato di spasmo, o di ipercinesi.

Questo doppio meccanismo varrà a spiegare le due forme, o le due varietà cliniche del mutismo isterico.

Nella prima forma, le inferme conservano, come nelle afasie motorie corticali, il movimento della lingua e delle labbra, ed è la forma descritta da Charcot, come la forma più comune, o la sola seconda le sue relazioni. A me invece è accaduto di osservare sei volte sopra tre casi di mutismo con una serie di recidive, una forma diversa, vale a dire, che le inferme presentavano una leggiera rigidità della mascella, una contrattura spiccata dalla lingua, ed una difficoltà relativa negli atti della masticazione e della deglutizione.

Sono, quindi, due forme, o varietà cliniche del mutismo isterico, che debbono necessariamente ligarsi ad uno stato funzionale diverso del centro coordinatore delle parole, uno stato di torpore, o di acinesi per la prima, ed uno stato contrario di spasmo, o di ipercinesi per la seconda. Ciò che farebbe anche intendere l'origine di quest'ultima forma, che segue nella grande maggioranza dei casi ad un attacco convulsivo, direi, come un residuo di centro di spasmo nella zona corticale.

Nè sarebbe il primo esempio da invocare di stati funzionali diversi nella sindrome isterica, chè accade il medesimo nella serie molteplice dei disordini isterici a caratteri sensitivo, e motorio. Ma quale che ne sia il meccanismo speciale, noi non potremo intendere meglio la patogenesi del mutismo isterico, che attenendoci alla dottrina di Charcot dell'idea fissa, con cui il mutismo si ravvicina alle altre forme morbose dell'isteria, e con cui si spiega, come per le altre forme, la comparsa, e la risoluzione improvvisa dei disturbi, l'affinità con la neurastenia, e l'accenno lontano di queste due affezioni alla pazzia, come sintomi di degenerazione del sistema nervoso in genere, e del cervello in ispecie.

Cura. — Pel mutismo isterico, voi già sapeta, quanti mezzi terapici sono stati successivamente, sperimentati, decantati; tra i maggiori ricorderò gli emetici, l'idroterapia, l'elettricità, il massaggio, e più di tutto e di tutti la suggestione in veglia, e la suggestione ipnotica. Chi ne cerchi maggiori, e più minuti dettagli potrà leggere la rivista fatta al riguardo dal professore Gioffre di nella « Gazzetta degli ospedali » del 1895.

Dirò soltanto che fra tutti i metodi di cura io preferisco oramai quello dell'eterissasione.

La pratica di essa l'avete vista, ed è semplicissima: si versano da 80 a 50 gram. di etere in una borsa comune da inalazione, e si sotopone all'inferma, tenendone ferme le braccia, e facendovi respirare dentro ampiamente col paso e con la bocca. Si continuerà l'inalazione per 3 a 5 minuti appena, il tempo necessario, perchè l'inferma si stordisca, ed entri nella prima fase dell'eterizzazione, nella fase, cioè dell'ebbressa.

E' questa la fase opportuna, in cui l'inferma si eccita, ed agitandosi mostra subito una tendenza vivace, irresistibile a parlara, e parla infatti di cose giuste, e sconnesse, ritorna sopra fatti passati, e rivela segreti intimi, riservati; ciò indica che la sua parola non è, come non può essere di fatti, sotto il controllo rigoroso, della volontà, che si perde, e della sua intelligenza, che si oscura.

Ed è quanto mi occorreva per proporre prima, e per spiegare dopo i successi costanti dell'eterizzazione.

Dunque, l'indicazione terapica sorgeva nella mia mente precisamente così: il mutismo isterico dipende dall'influenza inibitrice dell'idea fissa. Se con un mezzo terapico noi possiamo più scire a sottrarre quest'influenza inibitrice, e nel contempo a produrre artificialmente uno stato di eccitazione ideale, per cui si determini una ten-

densa irresistibile a parlare, il mutismo non a- in più o in meno, il loro grado di virulenza o 7rà più ragione di essere, e l'inferma dovrà fi. la tossicità dei loro prodotti. nire inescrabilmente per parlare, come tutti gli ; altri soggetti sani.

E l'esperimento, come voi stessi avete constatato, ha corrisposto del tutto all'indicasione terapica, ed io sono convinto pei continui successi ottenuti, che questo metodo dell'eteriszazione resterà tra i messi migliori, e più sicuri, per la terapia del mutismo isterico.

Qualcuno non mancherà certamente che affermi, che questo metodo di cura possa agire, e riuscire, come tutti gli altri a base di sugge-

E per la cura in genere dell'isteria non si può escludere l'influenza della suggestione. Ma tuttavia io mi permetto di credere, che in questo caso dell'eterizzazione la suggestione vi agisca poco o niente, perchè è un fatto indiscutibile, che la suggestione esercita bene tutta la sua influenza terapica, allorché si procura che l' inferma acquisti col concorso della propria volontà, e della propria intelligenza la convinzione suggerita per la risoluzione di questo, o di quell'altro disturbo.

Ora col metodo dell' eterizzazione si procura invece l'opposto, di sottrarre cioè il soggetto isterico dall'influenza della sua volontà, e della sua intelligenza.

E mi pare la cosa ben diversa.

Del resto ci sia o pur no, l'influenza della suggestione, io sono convinto, che il metodo dell'eteriszazione debba rimanere nella pratica, come dicevo, il migliore mezzo di cura pel mutismo isterico.

E finisco ricordando, per la storia, che di questo metodo di cura pel mutismo isterico si trova una vaga menzione in un caso clinico pubblicato dall'Hutchinson nel 1820. Ma tanto basta, perchè io non reclami il merito dell'iniziativa, ma quello della diffusione del metodo, e ciò nell'interesse delle povere inferme, che reclameranno a mani giunte di riavere la parola, e che voi restituirete a nome della scienza, che rappresentate.

BATTERIOLOGIA

Sullo sviluppo del bacterium celi commune celtivate anaerebicamente. S. Serafini. -E' moito controversa la questione, se la coltura anaerobica di microrganismi aerobi sia capace di far variare

Sacondo Hüppe, le colture anaerobiche del vibrione colerico posseggono un potere patogeno superiore a quello delle ordinarie colture serqbiche, e i loro prodotti hanno un più alto grado di tossicità. Ma Vesbrook, con ripetuti esperimenti, ha dimostrato inesatte le affermasioni di Hüppe. Difatti, mentre le colture anaerobiche non erano capaci, in dose di uno a due centimetri cubici, di grodurre alcuna affesione morbosa nelle cavie, questi animali invece erano uccisi, in 18 ore, dalle stesse dosi di colture aerobiche, della stessa data e della stessa origine che le prime.

Oltre a ciò, in colture perfettamente anaerobiche non si ebbe mai produzione di sostanze tossiche.

L'autore ha eseguito especienze sul bacterium coli.

Dopo aver isolato dalle fecce d'un individuo affetto da lesione gastro-enterica, un bacillo che presentava tutti i caratteri del tipo completo del bacterium coli, procedette alla constatazione della sua virulenza, e quindi alla determinazione della dose minima mortale.

Da una coltura in brodo di 48 ore, fece innesti intraperitoneali, in varie dosi ,, a diverse cavie, e con gli esperimenti eseguiti potè assodare, che la dose minima mortale di tale coltura era « un decimo di centimetro cubico per ogni ettogramma di animale ..

Procedette poi ad ottenera colture anaerobibiche, col metodo di Fraenkel. Si faceva paseare un'abbondante corrente di gas idrogeno debitamente purificato, a traverso appositi, matraccetti contenenti brodo sterilizzato in quantità di 15 centimetri cubici, e nel quale, immediatamente prima, era stato fatto l'innesto con coltura recente di bacterium coli. Usando le dovute cautele per impedire qualunque penetrazione di aria dall'esterno, venivano quindi fuse alla lampada le estremità dei tubi di vetro ricurvi innestati nei matraccetti. Le culture anaerobiche venivano tenute, per 48 ore, nel termostato a 87º, insieme a colture serobiche fatte in analogha sondio

L'autore ha pure eseguito culture servendosi dell'idrogeno solforato e dell'anidride: carbonica.

Le culture anaerobiche mostrarono sempre uno sviluppo molto meno rigoglioso di quelle aerobiche di controllo. Il più povero sviluppo era presentato dalle coltune fatte con acido solfidrico; un pò meno povero era lo sviluppo di quelle fatte con idrogeno, ed ancor meno quello delle colture fatte con anidride carbonica.

In un primo esperimento, furono inoculate, 🖰 🔒 cavie.

▲ due di esse, destinate a servire da controllo fu inoculata la dose minima mortale (cc. 0,10 per ogni ettogramma di animale) della cultura aerobica; ad altre due s'iniettarono cc. 0,03 (per ettegramma d'animale) d'una cultura ottenuta, solamente per mezzo d'ell'idrogeno; ad altre due

3.73

cc. 0,10 della stessa coltura, e alle ultime due questa volta si è affacciata prescegliendo gli orcc. 0,14 per ettogramma.

Morirono le cavie di controllo ed una di quelle inoculate con 0,14 di coltura anaerobica.

Ciò dimostrava, in modo evidente, che le colture anaerobiche in idrogeno hanno una virulenza minore che non le colture aerobiche.

In un secondo esperimento furono inoculate, sempre nella cavità peritoneale, 21 cavie, tre di controllo e con la dose minima mortale di coltura aerobica, sei con la coltura ottenuta per mezzo dell'anidride carbonica, sei con quella in acido solfidrico, e sei con quella in idrogeno. Di ciascun gruppo di sei cavie, due furono inoculate con cc. 0,08 per ettogramma di animale, due con 0,10, e due con 0,14. Morirono dne cavie di controlle; tutte le altre rimasero vive.

Altri due esperimenti, analoghi al precedente,

diedero identici risultati.

Resta così dimostrato che il bacterium coli perde molto della sua virulenza, qualora venga coltivato anaerobicamente, di guisa che una dose di coltura anaerobica uguale alla dose mortale minima di cultura aerobica (0,10 cc.) lascia costantemente in vita l'animale. Anche una dose abbastanza più elevata (cc. 0,14) non produsse la morte dell'animale che in un sol caso.

Inoltre il bacterium coti, coltivato anaerobicamente, perde molto della sua attività riproduttiva, così che, nei diversi gas impiegati, lo sviluppo è stato costantemente meno abbondante, che nelle colture aerobiche.

Le ricerche dell'autore mettono in luce un fatto importante. Il coli-bacillo perde molto della sua virulenza, quando venga coltivato in quei gas, che costituiscono l'atmosfera abituale dell'intestino.

In ciò, citrechè nell'adat tamento del nostro organismo ai prodotti di questo batterio, deve vedersi la ragione per cui esso, ospite abituale del nostro intestino, non sia generalmente patogeno. I fatti morbosi, cui esso talvolta dà luogo, dipendono forse, oltre che da diminuita resistenza individuale, anche da modificazioni, ancora da determinarei, dell'ambiente gassoso intestinale (Giornale della Reale Società Italiana d'igiene, 81 gennaio 1897). Loddo.

NOTE DI PRATICA MEDICA

Contribute alla cura della polmonito con la digitale

Erano appena due anni che in questo Comune (4900. ab) dove mi trovo medico chirurgo condotto, non faceva più capolino l'influenza, quando, da circa un mese, è ricomparsa non solo in paese, ma anche nel contado, attaccando, senza alcuna predilezione e piccoli e grandi, e maschi e

🛦 differenza di quella di due anni fa che si manifestò sotto la forma cerebrale e addominaie,

gani toracici, sotto la forma pneumonica.

Finoggi, in cui l'epidemia può dirsi quasi quasi cessata, ho avuto in cura, a brevi intervalli, 41 polmonitici dell'età dai 4 ai 75 anni.

Queste polmoniti, spiccatamente crupali, e di natura eminentemente infettiva, hanno avuto tutta la sindrome propria dell' influenza, e che io non ripeto, perchè a tutti nota.

Dei sintomi quello che mi ha colpito più di tutti è stato lo sputo. Questo addirittura ematico, emorragico quando appariva, ad un tratto diveniva bianco aerato, per ritornare dopo qualche giorno ematico ed emorragico come prima.

Faccio notare che in questo cambiamento non v'era elevazione di temperatura e i segni fisici in tutta l' area polmonare offesa si mantenevano

gli stessi.

Di fronte a questo materiale, a questo numero di casi, certamente non piccolo per un lasso di tempo così breve, volli anch'io, come altri hanno fatto, sperimentare la digitale, e le mie esperienze incominciate nell'ospedale, m'incoraggiarono tanto che seguitai ad usare il rimedio, su larga scala , indistintamente in tutti i malati e di tutte le età, dai più teneri ai più vecchi.

La formula da me prescelta è stata: Per i bambini dai 4 anni in poi,

Foglie di digitale purpurea gram. 0,80 f. infuso a caldo alla colatura di gram. 100 --Cognae gram. 20 ---

Un cucchiaio da suppa ogni due ore. Il 2°-8º giorno e i seguenti, portavo la dose della digitale a gram. 0,50 alla colatura gram. 120, cognac. gram. 80.

Per i giovani, adulti e vecchi:

Foglie di digitale purpurea gram. 0,50 f. infuso a caldo alla colatura di gram. 100 — Cognac gram. 20 —

Un cucchio da suppa ogni due ore.

Il 20-80 giorno e i seguenti, portavo la dose della dig tale a gram. 1, alla colatura di gram. 120, cognac gram. 30.

Ai forti alcoolisti, oltre del cognac in questo infusc, ne facevo dare dell'altro a piccole prese nella giornata.

(Mi son servito sempre del cognac della migliori fabbriche francesi).

Fuori che qualche espettorante di poligala o d'ipecacuana e i soliti rivulsivi locali (cataplasmi di linseme senapizzati), non ho mai praticato il sanguisugio o un salasso. Così, non ho mai prescritto alcun antitermico o sale di chinina, meno che in due cesi che mi risultavano non solo malarici, ma affetti da impaladismo cronico.

In questi, preferii la via ipodermica alla via digestiva e feci a ciascuno dus iniezioni di

gram. 1,20 di bicloruro di chinino in due volte con l'intervallo di qualche giorno.

Quando ebbi ipertermia e l'ebbi nel maggior numero dei casi, usai le abluzioni e gli impacchi freddi con acqua di camera.

Qualche volta nei bambini più teneri (4 caei) ho preferito l'impacco caldo raffreddato gradatamente.

In caso di stipsi prescrissi qualche piccola presa di calomelano a vapore o qualche entercolisma di acqua bollita, specie se vi era meteorismo.

Ed ora alla conclusione.

I 41 polmonitici, dei qual. 14 o 15 gravissimi, da me curati con la digitale, sono tutti guariti, con un decorso di malattia di 5 a 18 giorni.

Con la formula da me prescelta, non ho avuto mai il minimo segno d'intolleranza della digitale, anche nei bambini più teneri, e per conseguenza non ho avuto mai bisogno di sospendere il rimedio per ricorrere ad altri, per esempio, alla caffeina.

Ho dovuto convincermi che la digitale, nelle descritte dosi, nella polmonite, non solo combatte la temibilissima paralisi cardiaca che quasi sempre chiude la scena della malattia, ma abbrevia anche il decorso di essa e qualche volta la fa quasi abortire.

Questi felici successi che, a dire la verità, in nove anni di pratica, non ho mai avuto con gli altri metodi di cura, incoraggeranno quei colleghi che stanno timidi di usare la digitale nella polmonite, specie nei bambini, e son sicuro che le loro esperienze confermeranno questa mia pubblicazione.

Ripi (Frosinone) 12 febbraio 1897.

dott. Alessandro Chiappone

RIMEDII NUOVI

Peronisa

La peronina è un cloridrato dell'etere bensilico della morfina. Il dott. Schröder l'ha sperimentato, in riscontro col fosfato di codeina, per combattere la tosse ostinata dei tisici. Dalle sue ricerche pare risulti che la peronina sta, per la sua azione fra la morfina e la codeina. Adoperata in 12 casi nella dose di 2 a 4 centigrammi (v. Formulario) ha arrecato diminusione notevole della tosse in otto casi, in due non ha dato alcun effetto e negli altri due sono state necessarie dosi più alte.

Fino a 4 centigr. essa non dà inconvenienti, ma al di là di questa dose induce facilmente nausea e costipazione. In due casi si sono notati sudori ed una espettorazione più difficile. In tutti i malati ha dato un sonno più calmo e più tranquillo e deve preferirsi alla codeina (Gasette kebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 14 febbraio 1897).

Salubreio

Il salubrolo si ottiene dall'azione del bromo sull'antipirina dimetilica. È un composto stabile in vitro, ma che emette dei vapori di bromo in contatto di sostanze organiche. Da ciò deriva la sua azione antisettica che ne fa un succedaneo del jodoformio, sul quale ha il vantaggio di essere inodoro e non tossico, anche a dosi elevate.

Secondo il dott. Silber, che l'ha sperimentato, esso non solo arresta, come il jodoformio, lo sviluppo dei batteri, ma ha su questi il vantaggio di uccidere anche le culture più virulente (stafilococchi, bacilli del carbonchio, ecc.), dopo un contatto di 15 a 20 ore.

Adoperato contro gli ascessi, i furuncoli, le scottature, i paterecci, il salubrolo ha un'asione essiccante e cicatrizzante notevole, formando quasi immediatamente una crosta tanto aderente, che per le piccole lesioni può bastare una sola medicatura.

La garsa con salubrolo fatta al 20 ° lo è riserbata per la medicatura di ascessi e superficie ulcerate, e non ha bisogno di essere sterilizzata come quella di jodoformio. Essa, inoltre, non ha alcuna azione irritante sulla cute e non riesce dolorosa, mentre se si adopera il salubrolo solo in polvere, i malati avvertono un senso di bruciore che varia secondo gli individui.

Il salubrolo ha dato anche buoni effetti nel lupus dopo il raschiamento: la cicatrizzazione in questi casi è stata più rapida che con il jodoformio.

Non si può usare il salubrolo quando si tratta di vaste perdite di sostanza, perchè la sua azione essiccante è tale che viene impedita la formazione di bottoni carnosi.

Piramidone

Questa sostanza, derivato metilico dell'antipirina, è stata studiata già dal Filehne che le attribuisce un'asione maggiore dell'antipirina.

Il Lèpine, che ha, non ha guari, riferito alla Società Nazionale di Medicina di Lione, sul composto anzidetto, può confermare il giudizio del Filehne; esso inoltre ha un'azione più prolungata dal prodotto da cui deriva.

All' opposto dell' antipirina il piramidone non diminuisce la quantità dell'urina ed anche a dosi alte dà nelle cavie financo poliuria. Di più, nell'uomo, dopo 20 minuti dalla somministrazione, l'urina presenta un leggiero colore violetto.

Il medicamento è tossico a dosi alte (nelle ca-

vie gr. 5 per 10 kg.).

Il Lép in e ha somministrato a parecchi febbricitanti il rimedio in discorso, a dosi minori dell'antipirina ed ha ottenuto il medesimo effetto. File hne, in un nefritico ha somministrato il piramidone, sensa vedere diminusione delle urine.

Concludendo, il Lèpine crede, al pari del Filehne, che il piramidone sia un succedaneo dell'antipirina, il quale è alquanto più attivo di essa e non diminuisce la quantità delle urine.

"Chhiaftele

Il chinaftolo è una combinazione di solfato di chinina e di naftolo β. Li una polvere gialla, cristallina, amara, insolubile nell'acqua calda. E stato sperimentato: specialmente utile dal R i eg l er nella febbre tifoidea, nell'enterite tubercolare ed in tutte le infesioni intestinali. Esso infatti non si scompone se non nell'intestino ove quindi esercita la sua azione.

Si dà alla dese di 20.50 centigr. al giorno, in cartine di 10 centigr. ciascuna.

Enchiaina

L'euchinina è un nuovo composto di chinina che si ottiene facendo agire su essa il clorocarbonato di ctile.

Secondo von Noorden questo nuovo composto ha la medesima asione dei sali di chinina, mentre ha il vantaggio su essi di essere privo di sapore e più facilmente tollerato dallo stomaco.

FORMULARIO

Soinziene di peronina

Peronina centigram. 50

Acqua distillata gram. 100

Un cucchiaio da zuppa la sera in acqua zuccherata o in thé molto leggiero.

Piliole di perenina

Peronina centigram. 80
Estratto semplice q. b. p. 80 pillole
Due a 8 pillole la sera, andando a letto.

L'ittiele per via ipodermica

Sebbene i risultati dell'ittiolo (ittiosolfato di ammoniaca, o di seda) come antinevralgico siano incostanti, pure esso oggi é molto vantato a questo scopo per inicaioni ipodermiche, specie dall'Unna.

La dose nell'adulto è di 10-20 contigr. per ogni iniezione e nelle 24 ore. L'iniezione è quasi senza dolore e produce subito una sona di anestesia locale intorno al punto della puntura. Non si hanno in seguito nè fenomeni irritativi locali, nè induramenti persistenti.

Ittiolo centigram. 50
Acqua distillata e sterilissata grm. 10

Una siringa di Pravas ogni due giorni.
Un na ha adoperato queste iniezioni anche contro

Solfo ittiolato di soda gram. 2 Acqua distillata e sterilizzata « 100 Una siringa di Pravaz per volta.

Miscola contro l'otite media suppurata

il lupus, servendosi della seguente formula:

Acido borico polverato gram. 20 Resorcina « 1-2

Depliatorio composto

A distruggere i peli in regioni ove essi non sono normali, si sogliono adoperare anche i raggi di Roen t-gen, ma non tutti potranno o vorranno sottometter visi ed allora si ricorre alla formula seguente; che potrebbe riuscire utile senza essere dannosa come tante altre:

Tintura di jodo	gram.	8
Essenza di trementina	•	6
Olio di ricini	<	8
Alcool	•	· 48
Collodion	<	100

Si covre la parte fornita di peli con un pò della soluzione suddetta per 8-4 giorni di seguito, dopo di che si toglie la crosta che si sarà formata alla quale si troveranno attaccati i peli ribelli.

Contre la dismenerrea cen metrerragia

Estratto fluido d'Hydrastis canadensis

gram. 15

Tintura di viburnum prunifolium . 15

Dieci gocce ogni 2 ore in acqua zuccherata.

NOTIZIE

La pesto bubbonioa

La stampa politica e medica è oggi in aspettativa delle decisioni della conferenza sanitaria inauguratasi il 16 corr. a Venezia.

Il còmpito della conferenza è limitato, ma non per questo meno difficile, poiché si tratta di attuare ai momento presente, in cui l'Europa è, dope molti anni, seriamente minacciata dal terribile fiagello della peste, i principii e le misure proposte nelle precedenti conferenze, principii e misure su cui non tutti i Governi sono di accordo e che sono per ciò rimasti sempre un desideratum.

Frattanto il Consiglio superiore di sanità, convocato di urgenza il 16 volgente dal Presidente del Consiglio, in vista delle preoccupazioni che si hanno in molte città marittime, come ad es., in Napoli, non ha creduto di prendere altro provvedimento, reputando sufficienti le guarentigia aduttate con le ultime ordinanze del ministero degli interni.

A proposito dell'attuale epidemia è sorta una discussione nella stampa medica sulla priorità della scoperta del bacillo della peste, scoperta che, secondo il Petri « Deutsche medic. Woch. n. 6 » sarebbe stata fatta dal Kitasato, che pubblicò un lavoro sull'argomento tre settimane prima (« Preliminary notice of the bacillus of bubonio plague, Hongkong, 7 luglio 1894 ») che fosse comunicata all'Accademia delle scienze di Parigi la nota di Yersin sulla peste bubbonica ad Hongkong. (Seduta del 30 luglio).

Apprendiamo, intanto, dal « British med. journ. » che il dott. Y e r si n, invitato dal Governo di Bombay, si recherà subito colà a stabilirvi un istituto per la cura degli infermi di peste col siero da lui sperimentato.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Scamario. — 1. Le questioni scientifiche del giorno. Il trauma nella genesi della tabe e della sclerosi multipla. — 2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma, prof. Campana. Elefantiasi.—Sifiloderma papuloide tardivo: lupus.—3. Rivista di Clinica. Clinica medica della B. Università di Roma (prof. G-Baccelli). Emoglobinuria da malaria.—4. Rassegna della stampa. Patologia e clinica medica. — 5. Il medico pratico. — 6. Varietà — 7. Necrologio.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Il trauma nella genesi della tabe o della solerosi multipla (E. M o n d o i).

L'importanza etiologica del trauma nella genesi delle malattie del sistema nervoso centrale, è stata solennemente sansionata nella pratica con la legge sugli infortuni. D'altro lato lo studio esatto e coscienzioso dei rispettivi casi, fatto da una plejade di eminenti clinici, ha accresciuto le nostre nosioni circa l'entità di questo fattore etiologico.

Fra la serie delle malattie del sistema nervoso centrale, in cui il trauma fu ritenuto come un fattore etiologico, l'autore ne prende in considerazione due: la tabe e la sclerosi multipla.

La tabe traumatica ha già formato oggetto di esame da parte di molti clinici. Schults (1867), fu il primo, che nel dare la relazione di 48 casi di tabe, occorsi nella Clinica di Griesinger, assegnò a 4 di essi il trauma come momento causale. Seguirono poi alcune relazioni di altri autori, fra le quali eccelle la monografia, che Hitsig (1) nel 1894 pubblicò su tale argomento. Hitzig, fondandosi sopra le sue osservazioni, che la tabe traumatica non si distingue per una sindrome fenomenica sui generis, ma che vi è un numero di casi nei quali come unico fattore causale dell'affesione non si riscontra altro che il trauma oppure quest'ultimo associato a raffreddori.

Al lavoro di Hitsig segui quello di Morton Prince (2), che, dopo una disamina dei rispettivi casi, registrati nella Letteratura, e la relazione di altri due congeneri, da lui osservati, perviene alla conclusione che il trauma, da sè solo non può provocare la tabe, e ritiene più probabile che esso possa determinare un più rapido sviluppo della malattia già esistente, e probabilmente anche del processo anatomico.

Neppure Bernhardt (8) ritiens come dimostrata l'esistenza della tabe traumatica. Pine les opina che il trauma agi in uno dei casi, da lui osservati, in quanto che influi sulla localizzazione dei primi sintomi della tabe in un infermo, già predisposto alla malattia dal contagio sifilitico, sofferto per lo passato.

L'autore afferma di avere veduto finora nove casi di tabe, in cui il trauma fu riguardato come causa della tabe. In sette di questi casi si potette con un'anamnesi molto accurata, rilevare che taluni sintomi della tabe chirurgica (nevralgio nelle gambe, sensazione di costrizione che era stata diagnosticata e curata come affesione gastrica od epatica, ecc.) preesistevano al trauma. Sicchè restavano soltanto due casi, in cui poteva cadere la questione, se il trauma avesse potuto produrre la tabe.Però, un diligente esame : di questi due casi, che Mendel tenne per lungo tempo sotto osservazione e per i quali fu invitato a dare il suo parere, se il trauma sofierto dagli infermi potesse essere riguardato come la causa essensiale della malattia, lo indusse a giudicare che la tabe esisteva già in fase iniziale in amendue i casi, e che il trauma agi essenzial- : mente determinando un rapido sviluppo della malattia.

L'autore in base alle sue osservazioni personali, si dichiara convinto, non essere stato finora dimostrato con certessa, che il trauma possa, da sè solo, produrre la tabe. Tutto al più, esso potrebbe agire, accelerando la evolusione del processo patologico, già in fase più o meno inisiale.

Ben altro può dirsi per la scierosi multipla del cervello e del midollo spinale. Le u be fa il primo in Germania a descrivere un caso di scierosi multipla, che fu attribuita al trauma. Dopo circa nove mesi, era completamente sviluppata la sindrone fenomenica di quest'affezione (che apparve dopo la caduta sofferta dall' infermo), e l'autopsia confermò la diagnosi.

Alla comunicazione di Leu be seguirono queile di Kaiser, di Jutzler e di altri. Ed oggi nella Letteratura sono già registrati parecchi casi di questa specie. Anche Mendel ne ha osservato alcuni, in cui si potette rilevare con la massima evidenza, che il trauma fu il fattore causale della malattia.

Com'è agevole comprendere, ciò fa sorgere la domanda in qual modo il trauma può cagionare una tale malattia.

¹⁾ Ueber traumatische Tabes und die Pathogenese des Tabes in allgemeiner. Berlin 1894.

²⁾ Traumatisas a cause of locomotor Ataxia. 1895;

⁸⁾ Die Lebre von der traumatischen Tabes 1895.

Per rispondere a questa domanda, bisogna anzitutte prendere in considerazione ciò che finora è stato accertato sulla etiologia della sclerosi multipla.

Ora, su tale riguardo, le opinioni degli autori sono alquanto discrepanti. Mentre alcuni ritengono che il punto di partenza delle alterazioni sclerotiche debba essere ricercato nei vasi, altri ritengono che esso sia da rinvenire nella nevroglia, oppure nella sostanza nervosa. Però la maggior parte degli autori, con il Vulpian alla testa, ravvisa l'inizio del processo anatomico nelle alterazioni del contenuto o delle pareti dei vasi. Questo concetto è potentemente avvalorato da quei reperti anatomici che potettero essere rilevati, quando la malattia ebbe una breve durata. In un caso di sclerosi multipla, la quale assolse il suo corso in tre mesi, Ribbert constatò un aumento dei nuclei rotondi intorno ai vasi. E due volte gli riusci di accertare una parsiale ostruzione del lume di un'arteria, prodotta da uno zaffo di leucociti.

Buss vide giovani focolai della sclerosi multipla sviluppati uniformemente interno ad un vase centrale; egli crede ad una partecipazione primaria dei vasi, e propriamente delle piccole vene.

Williams on riferisce un caso di sclerosi multipla, che ebbe esito letale, cinque mesi dopo la comparsa dei primi sintomi. All'autopsia fu constatato, con la massima evidensa, che i vasi partecipavano fortemente al processo patologico, così nel cervello come nel midollo spinale. Un fecolaio recente nella regione cervicale superiore, era riempito di cellule rotonde e di nuclei, che per la loro sede, corrispondevano alla distribusione dei vasi che penetrano nella fenditura mediana anteriore.

I vasi fortemente dilatati, erano circondati da una fitta guaina di cellule rotonde e di nuclei. Così in questi vasi come nei nuclei della pia madre, sulla superficie anteriore del midollo spinale, si rinvennero piccoli trombi.

In fine, Goldscheider ha descritto ultimamente un caso di sclerosi multipla, nel quale
la morte avvenne tre mesi dopo l'inizio della
malattia. All'esame necroscopico fu constatato, con
la massima evidensa, il rapporto fra il focolaio
sclerotico ed i vasi sanguigni i quali erano ipsremici, e circondati da grandi masse di cellule
granulose e di detrito adiposo.

Sicché, è indubitato che, per lo meno in un certo numero di casi, i disturbi circolatori costituiscono il punto di partenza della sclerosi mul-

tipla. Ora, stando così le cose, è evidente, che il trauma, potendo provocare disturbi circolatori nell'apparato centrale, può essere il fattore etiologico della malattia.

E, su tale proposito non sarà inutile far rilevare, che già Gussenbauer da qualche tempo dimostrò che un trauma può determinare disturbi rilevanti della circolazione, Riportiamo qui integralmente le sue parole: « un urto contro la colonna vertebrale, diretto da dietro in avanti, deve necessariamente, quando non sia seguito da un movimento di tutto il corpo, oppure quando la sua forza viva non venga smorzata dalla compattezza dell'osso, determinare una commozione. Il liquido cerebrc-spinale seguirà allora gli impulsi motorî trasmessigli, e propriamente in direzione opposta al movimento impartito alle vertebre ed al midollo spinale, ch'è relativamente fisso, perchè è specificamente più leggiero, e possiede minore tensione dello stesso sangue nelle vie venose».

Ciò spiega agevolmente le condizioni in cui accadono le emorragie quando il trauma è molto rilevante, e le stasi quando esso è lieve.

Se i disturbi circolatori costituiscono il fattore primario del processo, non riesce punto sorprendente che le chiazze sclerotiche si presentino a preferenza nella sostanza bianca. Ci è noto che, così nel revello come nel midollo spinale, codesta sostanza possiede una rete venosa molto meno sviluppata di quella della sostanza grigia.

Inoltre, paracchi recenti autori hanno espresso l'opinione, che vi possa essere una predisposizione alla sclerosi multipla, ed i più credono che essa sia congenita. Altri, tra cui il M e n d e 1, opinano che questa predisposizione possa essere anche acquisita.

Zi e gler ravvisa la disposizione congenita nel senso, che le cellule e le fibre della nevroglia si sviluppano fittamente addensate, e così impediscono lo sviluppo della sostanza grigia. Egli crede, che da questi punti « mal conformati » possa aver luogo, più tardi, una ulteriore proliferazione della nevroglia, e così prodursi la sclerosi multipla. Mendel crede possibile questa supposizione di Zi e gler.

Ad ogni modo, benchè le ricerche anatomiche non abbiano fatto rilevare con precisione uno speciale reperto, che potesse essere riguardato con certesza come la predisposizione a questo processo patologico, certo è che questa è dimostrata dal fatto che spesso molti membri di una stessa famiglia vengono attaccati dalla solerosi multipla.

In ultimo, il Mendel richisma seriamente l'attenzione dei medici sulla possibilità che il trauma sia il fattore etiologico della sclerosi multipla, fatto, dice egli, che non ancora viene debitamente preso in considerazione nella pratica, (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 7, 1897).

Meyer

LEZIONI ORIGINALI

CLIERCA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA; prof. B. CAMPA-MA.—ELRFANTIASI.

Sommano: Cause della elefantiasi. — Parasiti animali e v-getali, lesioni chirurgiche, alterasioni del sistema nervoso. — Nel caso in esame vi campeggiano fenomeni ectasici, linfatici e sanguigni, che son causa di stasi e di ipernutrisione elefantiastica. — Vi concorre ad aggravare questi fenomeni la sepsi.

L'ammalata che voi vedete, ha una malattia che si presenta nelle gambe; l'inferma narra che va incontro ad edemi di varie regioni del corpo. Nelle urine vi sono caratteri di cistite grave purulenta, con diffusione agli ureteri; non v'è nefrite.

Non furon trovati cilindri nelle urine.

Urine acide. Ma l'acidità delle urine che ebbe importanza anticamente, per la diagnosi differenziale fra catarro vescicale e pielite, non ne ha più oggi, potendovi essere bene catarro ve scicale con urine acide. Si notano alterazioni della cute, e del tessuto sottocutaneo ove le vene sono anche rigonfie ed arborescenti. L'epidermide è variamente alterata, in alcuni tratti delle gambe. dove si vedono accumuli corneoidi; in altri, erosione epiteliale più o meno profonda, fino alle papille. Le parti molli dell'arto, specialmente quelle del piede, sono inspessite. Si vedono qua e là dei mammelloni carnosi, sessili, di varia grandessa, da quella di una lente a quella di un grosso cece. Tutte queste alterazioni si ripetono con grado minore nel lato sinistro, dove l'epidermide non è molto lesa, e vi sono squame o quasi. Nei piedi nulla. Unghie normali. Le parti molli del piede, nella cute e nel tessuto sottocutanco, un pò cresciute di volume. Quest' alterazione verrebbe diagnosticata, nel concetto dermatologico e chirurgico, come elefantiasi degli arabi; ipertrofia del derma e del tessuto sottocutaneo. Questo è uno stato sintomatico di molte malattie ed è diagnosi anatomopatologica.

Per ciò occorre ritornare sulle cause di essa. Negli arti inferiori vi sono varicosità molto superficiali. Le condizioni meccaniche, che dànno varicosità sono, specie quelle della safena, accompagnate a visi gottosi. Ma, invece, qui, è una sistemopatia.

Qui, ad onta che si presenti l'infermo in condizioni tali da provare di non aver dato molto lavoro agli arti inferiori, vi è pure una alterazione generale.

Noi abbiamo ragione di ritenere che vi sia una alterazione in uno dei centri regolatori del la nutrizione di detti organi.

Si è riconosciuta una grande influenza del sistema nervoso nella nutrizione degli arti.

Con la sezione di rami nervosi avvengono atrofie, edemi, pseudo-elefantiasi, caduta dei peli. La clinica ha dimostrato che si hanno alterasioni cutanee, in seguito a compressione per tumori del sistema nervoso nel tratto che si espande sulla cute medesima. Edemi degli arti inferiori si verificano per compressione dei plessi nervosi pelvici da gravidanza.

L'anatomia patologica ha dimostrato che in molte di queste forme da alterazioni cutanee vi ha concatenazione con alterazioni di rami nervosi periferici corrispondenti a questi tratti. L'elefantiasi è un'alterazione cutanea che è messa in rapporto genetico con molte malattie: alcune da invasioni parasitarie (filaria), non di rado parasiti vegetali che nelle Indie dànno una forma di male detto piede di Madura, prodotto, probabilmente, da aspergillo fumigato.

Altro caso, di onicogrifosi, con elefantiasi si è avuto in Clinica per tricophiton. Si può ritenere in questo caso che vi sia anche invasione di parasiti vegetali, e si osserva infatti una eruzione a giri concentrici.

Questo fatto deve essere preso in considerazione, specie per la terapia.

Anche le alterazioni del sistema nervoso, possono produrre delle forme di elefantiasi: se ne vedono nella siringomielia. Anche senza paralisi di senso e di moto, vi possono essere sintomi di alterato trofismo; e devono considerarsi come effetto di non dimostrabili lesioni spinali, finche viva l'infermo.

Vi sono elefantiasi secondarie per lesioni di continuo croniche, e si dovrebbero caratterizzare secondo la causa della lesione, per sifilide, scrofola, ecc. La elefantiasi primitiva, come questa, ci appartiene; non la secondaria, la quale fa parte dei capitoli della medicina e della chirurgia, in quei mali di cui essa è un sintoma. La diagnosi di questo caso è la seguente: « Elefantiasi degli

arti inferiori, specie delle gambe, per stato telangectoide dei vasi venosi e linfatici, da neuropatia, con ecsema cronico semplice dipendente da sepsi».

Quivi per la stasi sanguigua e linfatica, nutrendosi malamente l'epidermide, essa cade e permette l'invasione della sepsi, che dà luogo a lesioni maggiori.

Terapia. — L' inferma ha anche cistite con probabile diffusione ai bacinetti rena'i. Quindi occorre, anche questa manifestazione curarla, perché può essere causa di nuove infesioni, e se si facesse cura chirurgica si potrebbero avere efisipele. Lavande vescicali, zaffamento vaginale: allontanamento della sepsi con bagno e sapone al sublimato: dovendo ridurre l' ipertrofia della cute e facilitare la circolazione di ritorno, fare fasciatura espulsiva: fasciatura con liste di diachillon alla Byton. Non fasciature con fasce elastiche, meglio con tela vecchia, e tessuto di fili elastici con un lato fimbriato, su cui viene a cadere il giro superiore.

Eccovi un'altra inferma con elefantiasi ossea e ulcerazioni tagliate a stampo; oste-operiostite condensante e inspessimento delle spine delle tibie, in ambo gli arti inferiori. Queste lesioni non possono essere ascritte a forma di sepsi, ma a sifilide, non a scrofola, e non ad actinomicosi.

L'actinomicosi primitiva, cioè, non compagna ad altre localizzazioni di quelle regioni, non è conosciuta ed ha ulcerazioni, ma non distruttive esterne, senza granulazioni. La scrofola mai dà contemporaneità esterne di localizzazioni, con fenomeni tutti omogenei; si dovrebbero trovare tratti con infiltrazioni, con cicatrici, ulceri, ecc. Un processo settico non si può concepire che abbia agito in tanti punti egualmente. La sepsi ha potere irritante a distanza, non solo dove vi è focolaio principale, e quindi vi dovrebbero essere ripetizioni e di differente grado ed intensità.

SIFILODERMA PAPULOIDE TARDIVO—LUPUS
Sommano. Il sifiloderma che si presenta come un'acnerosco. Diagnosi differenziale.—Lupus nodulare e lupus
nodulo-ulcerante. — Miglioramento del caso con forma nodulare sotto l'uso della tubercolina; che non
può essere somministrata nell'altro, finchè duri
la sepsi. — Quali fenomeni locali si verificano nella
guarigione, di un tratto di lupus, della cute?

E' questa un'inferma con erusione cutanea da sifilide, superficiale, assai rara. Erusione papulosa apapule alcune miliari, altre lenticolari, corrispondenti allo impianto del pelo, molte in gruppo, altre ravvicinate così, coni piccola interrusione intermedia, che, a distanza, paiono una unica piastra.

Non ha eruzione nelle palme e dorso delle mani, e nelle superficie flessorie, ascelle. Ciò fa ritenere non essere l'eczema papuloide, che si ha ove la cute è più sottile e umida. Inoltre non è eczema, perchè l'eruzione è u niforme. Potrebbe essere un lichen sorophulosorum. Il lichen scrophulosorum è l'esponente della scrofola (tubercolosi) e deve andare unito a qualche altra localizzazione della stessa natura (glandule, cute, ec.).

Del lichen rosso non è da parlare, perchè ha papule più grandi, indurite, in punti opposti a quelli ove si trova l'eruzione in questo caso, e con diffusione molto minore e lesioni più profonde della cute e appendici cutanee. Ha tratti ove il processo è in regresso, ove ci sono cioè atrofie. Non parliamo di psoriasi, perchè la psoriasi non presenta queste fasi, e se ne presenta, in qualche tratto, vi sono altri punti, in cui il morbo è riconoscibile per la sua morfologia papulo-squamosa.

Dunque, sifiloderma papuloide superficiale recidivo tardivo.

Dei sifilodermi papuloidi, vi sono dei precoci e dei più tardivi; questo che ha la sua distribusione principalmente in corrispondenza dei follicoli piliferi, viene denominato acne sifilitico. Tale manifestazione cutanea è interpretata come di natura sifilitica per la uniformità, colorito e morfologia, per l'assenza dei sintomi subiettivi, e per un certo grado di simmetria dell'erusione, per la panadenopatia.

Prognost. — E' espressione di sifilide intensa, in persona invecchiata, non per età, ma per condizioni generali; la manifestazione risolvera quindi lentamente. Cura solita coi preparati mercuriali; ma più, combattere l'anemia e la senilità precoci.

Ecco due infermi, uno con Lupus nodulo-ulcerante ed uno con residui di cicatrici lupose e Lupus nodulo-ipertrofico.

Questi due casi mi consigliano di introdurmi in questa lezione con la esplicazione del seguente concetto, che verremo esprimendo, forse molte volte, aforisticamente. Il guarire della tuberco losi non significa il ritorno allo stato primitivo dell'organo ammalato, ma il formarsi di una cicatrice nel posto ove esisteva la localizzazione tubercolare.

Questo giovane porta una eruzione cutanea, la quale non ha distrutto quasi nulla del naso, sebbene un pò abbassato, nel lobo, e vi sia molta

diffusione ed il male dati da molto. La cute ove è l'erusione, non è più mobile nei suoi strati (perchè il derma è infiltrato da un processo infiammatorio cronico). Questa eruzione ha una marginazione b.n precisa, a forma rotondeggiante. Sul campo della eruzione, fatta da un inspessimento, risultante di piccoli noduli rosei, si vedono qua e la delle cicatrici. Ecco un lupus nodulare semplice, perchè l'erusione è a noduli, e i noduletti come gelatina, sono innicchiati nella cute, senza che si modifichino: la cute è inspessita, per cui lupus non ulcerante, ma nodulare ed ipertrofico, per la presenza della massa del granuloma e l'aumento di nutrisione del tessuto sano vicino. Qui il processo non è differente dalle altre forme di lupus da un lato e di elefantiasi semplice dall' altra.

Questa bambina invece ha la varietà di l'apus nodulo-ulcerante. Perchè tale differenza nei due casi?è ciò che si verifica anche pergli organi interni. Nella bambina i tessuti deboli, poco nutriti, cadono facilmente in necrobiosi ed in necrosi, mentre nel giovane ben nutrito ciò non avviene.

Per la cura si può usare la tubercolina, ma non in tutti e due i casi. Nell'adulto si avrà risultato più sicuro.

Nella bambina, fino a che vi sarà il processo settico, non si può applicare, perchè, essa, fa ciò che fa ogni rimedio irritante.

Portando un agente irritante, jodo, p. es., su questa cute infiltrata, si avrà un miglioramento dell'inspessimento del tessuto.

Ciò si può avere anche con la tubercolina.

Se si ottiene questo risultato nella cute, perche non si deve ottenere negli altri organi? E se l'azione del processo continuerà, l'organismo si troverà in migliori condizioni di quello che se non ci fosse stata di mezzo una tregua. Nel malato che fu sottoposto a cura si è avuto la disparsa del turgore, nessuna nuova manifestazione e la scomparsa di un eritema dalla 1ª iniezione, che dinotava un principio di indebolimento dei vasi cutanei, che si sono resi più tonici sotto lo stimolo del rimedio. L'esperienza di altri casi, poi, ci fa aggiungere che come si ha l'aumento di resistenza di altri organi, per altri agenti chimici venefici; così si può modificare per messo della tubercolina la resistenza dei tessuti alla invasione del bacillo tubercolare.

La diffusione del male sotto l'uso della tubercolina, non deve attribuirsi al rimedio, ma alla già avvenuta localizzazione. In molti casi la tubercolina ci ha fatto scoprire quello che era latente: cioè ba moltiplicato, per un giorno, quella manifestazione, che, pel suo stato ordinario, scompariva alla ricerca coi mezzi fisici, esistenti fin' rggi.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica della B. Università di Roma [prof. Baccelli].

Emoglobinuria da maiaria

La emo, lebinuria, in genere, è fatto patologico degnamente studiato in Italia ed all'Estero; Noi limitiamo il nostro argomento all'emoglobinuria da malaria ed a quella alla malaria coincidente o successiva per l'azione emotossica della chinina.

Anche prima di 25 anni or sono, quando le ricerche scientifiche del microrganismo patogeno erano tuttora negli incunabili, e si parlava soltento a mezza voce di Salisbury, di Sefmi. di Balestra e di qualche altro, lo studio clinico, accurato, rigoroso, ripetuto, ne aveva persuasi a pronunziare questo giudizio: « La malaria è una potenza nociva più sentita che intesa : essa però ci è nota dei suoi effetti : colpisce nel tessuto sanguigno il giobulo rosso; nel sistema nervoso prevalentemente la sezione ganglionica ». Su queste due basi incrollabili, la Clinica nostra dimostrò che la malaria adduce un processo pirogeno e non flogogeno; che i danni irrogati nell'umano organismo da questo momento nosogenico sono la emodiscrasia e la neuroparalisi; che la emodiscrasia è doppia, morfologica e chimica.

Limitiamori alla dimostrazione del modo onde la Clinica induese, con assoluta certexza, la lesione del globulo rosso. Che i colpiti dalla malaria, od anche celore che non ancora vistosamente colpiti vivono in un ambiente malarico, acquistino gradatamente una facies caratteristica che va dal semplice pallore al coloramento lurido terreo della figura, è fatto non solo notissimo ai medici, ma pure al volgo e raccolto qui in Roma e nel suburbio sin dai primi tempi dell'impero romano anche dai poeti:

- Quando populos et muliercula pallet.... >
- < quum ficus prima calorque
- Adducit febres et testamenta resignat ».
 (HORATIUS).

Questo fenomeno non poteva imputarsi ad altro che ad uno stato progressivamente anemico, e quindi ad un'alterazione del tessuto sanguigno.

Lo studio delle febbri e dei sintomi culminanti negli accessi febbrili gravi e gravissimi, additò, talora, agli osservatori, fatti emorragici accompagnanti un parosismo e dileguantisi con esso. Vedemmo'noi stessi, allorquando compivamo il nostro tirocinio nella Clinica di Roma, sotto la guida di Benedetto Viale, la perniclosa epistassica. Poi, nel nostro lungo esercizio ed insegnamento clinico, osservammo la emottoica, la ematurica, la subcruenta, la petecchizzante, la emocelinotica, la metrorragica e più forme insieme: ne discutemmo il valore ed anche additammo e dimostrammo la esistenza di una perniciosità individuale.

L'anatomia patologica ne confortava a sua volta. Per essa si trovavano, natanti nel sangue, libere solle di pigmento e le si vedevano incuneate negli organi più nobili, come embolie capillari, singolarmente nel cervello per la nota disposisione arteriolare tanto che Frerichs in questa strana pigmentazione ed in questa singolare embolia collocava il fatto principale della perniciosità. Nè ciò soltanto forniva la sezione dei cadaveri, ma designava pure come fatti patologici dipendenti dalla malaria, stasi, trombosi, edemi e degenerazioni istologiche dei tessuti, non mai veri essudati flogistici.

I penultimi studi, che possiamo chiamare scientifici, o meglio filosofici, sulla malaria, perchè investigatori dell' elemento causale, si riducono a due:

a) Il bacillo di Klebs e di Tommasi-Orudeli;

b) L'ematozoo di Laveran.

Del primo è conosciuta la storia. La Clinica di Roma fece giustizia sommaria di questo prodotto di laboratorio. Il secondo ebbe prima il fanatismo dei catecumeni. Ma la Clinica di Roma rimase fredda osservatrice dei fatti.

E i fatti son questi:

L'ematozoo di Laveran penetra nel globulo sanguigno, vi si annida, vi si nutrisce carico dell' emoglobina, che trasforma in melanina, e finalmente subisce una fase di sporulazione o di scissione, o moltiplicazione, come voglia dirsi, rompe gli ultimi retinacoli del globulo ed effonde nel plasma sanguigno i suoi prodotti tossici. Arrestiamoci un istante qui.

Se l'ematozoo di Laveran vive e cresce a carico dell' emoglobina che, trasformata in granuli di ematina, deposita dentro il globulo, dove si veggono, coll' andare del tempo, in fogge avariate e costanti, l'ematosco non può essere, certo, per una legge naturale, quello che, disintegrando l'emoglobina, disciolga nel siero le materie coloranti. Questa persuasione s' impone talmente ai consideranti, che li obbliga a cercare un'altra spiegazione. Essa è fornita speo facto dalla dottrina dei prodotti tossici, dottrina che noi sostenemmo primi e sempre, insino da quando apparve provata par l'opera di Koch la divinasione, già profondamente radicata negli intelletti migliori, intorno all'esistenza dei microrganismi patogeni. Dunque nei casi di emoglobinuria da malaria, si ha clinicamente il convincimento che non l'ematozoo, ma un suo prodotto tossico abbia provocato il disfacimento del globulo e il in messo alla sanità, sensa alcuna indicasione consecutivo colorarsi dei sieri con gli elementi cromogeni delle emazie. E sebbene nè la istologia, ne la fisiologia ammettano sin qui l'esisten- sia concesso al prof. To mas e lli un giudizio

sa di una vera membranella anista che contenga il globulo rosso e gli imprima la sua forma discoide, caratteristica, così nella marginatura come nella depressione del centro biconcavo, pure la Clinica con le sue indusioni dovrebbe ammetterla anche pel funzionamento dialitico.

Può chiedersi : perchè nell' emoglobinuria il fatto patologico visibile si limita talvolta al rene, esistendo casi nei quali l'emoglobinuria non

va congiunta all' emoglobinemia?

La semplice emoglobinuria può riferirsi parsialmente a quei globuli che male atteggiati dall'azione incoativa delle sostanze tossiche e minacciati di dissolvimento, per le due grandi arterie emulgenti traversano il rene, dove vengono sottoposti alla massima pressione e alla massima rapidità di corso nei glomeruli malpighiani.

A me questa spiegazione arride, ma più come

un' ipotesi ragionevole che come una tesi.

Ora nei fatti della infesione da malaria, il Clinico di Ustania ci mette in sull'avviso che in certe contingenze quel fenomeno emoglobinurico (notate bene), che può in date circo-stanze verificarsi sotto l'infezione malarica più o meno grave, dipenda da un'asione tossica della chinina, e che quindi dobbiamo astenerci dall'ulteriore somministrazione del farmaco, altrimenti perderemmo il nostro ammalato.

Il quadro nosografico, descritto vivacemente dal clinico di Catania non ha, a vero dire, un sintoma solo che non possa rinvenirsi in un accesso pernicioso. La orripilazione, seguita da fremito convulsivo, ed anche la più acuta sens azione del freddo conquassante, appartiene a diverse infesioni ; la malarica, la piemica, e ad ognuna di quelle che potrebbero addurre una enlocardite

Il vomito sta tra i sintomi della malaria che accennano a gravezza, massimamente poi, se congiungasi a fenomeni cerebrali: imperocchè questo gruppo sintomatico, per osservazione antica, è

sospettabile di più severa infesione. L'ematuria e l'emoglobinuria, congiunte rapidamente all' ittero, che succede al fenomeno emcglobinurico, non certo immediatamente, ma a qualche ora di distanza, e con questi la febbre i cui vertici sulle linee termografiche possono superare il 40° (Celsius), sono appunto i fenomeni più spiccati della perniciosa ittero-ematurica. La iactitatio corporis o il trambasciare continuo, il dolore lombare, fenomeno di quasi tutte le infezioni, incominciando dal vaiuolo, non hanno certo valore di sintomi univoci; cotalche da ll'intero quadro morboso del Tomaselli non sarebbe concesso stralciare un sintoma solo che non possa appartenere a diverse infezioni.

Non c'è che un fatto che potrebbe assicurarci, ed è quello segnalato dal Murri, cioè: che la emoglobinuria e la febbre si facciano insorgere artificialmente dai sali di chinina, propinati terapeutica.

Comprendo bene che dalla ripetuta esperienza

differenziale, sopratutto perchè egli ingenuamente confessa di non essersi imbattuto mai (a Catania) in una vera perniciosa istero-ematurica: proprio l'opposto di quello che avviene a noi, cioè: che avendo incontrato vere perniciose ittero-ematuriche, curate e guarite coi sali di chinina, non abbiamo veduto ancora un sol caso di quelli narrati dai clinico catanese e confermati

oggi dal Murri.

Certo, ove da noi si vedesse una mite febbre malarica che non accennasse a perniciosità, nè per ragione di tipo (andamento sub-continuo), nè per ragione di sintoma (perniciose comitate), e che non appena si fosse somministrata qualche presa di sali chininici, la febbre insorgesse più gagliarda e apparissero i sintomi quasi gemelli dell' emoglobinuria e dell' ittero; quando la stagione non fosse quella che fornisce il maggior numero di perniciose e l'esame del sangue non presentasse forme sospette di rapida perniciosità, saremmo indotti a credere trattarsi di uno di quei casi descritti dal prof. Tomaselli. Ma, come si vede, questo è un giudizio a posteriori, cioè a dire non avrebbe alcuna sembianza di perniciosità e avrebbe tutta la sembianza di un propinato veleno, perchè vi sarebbero:

1º La piccola dose;

2º Il brevissimo tempo dalla presa del farmaco:

8º Finalmente un insigne danno, non propor-

zionato alla quantità della causa palese.

Ma se tutto ciò costituisce un fatto tossico, è forsa ammettere che sia un tossico ristretto a taluni individui soltanto, lo che ci allontanerebbe anche dal concetto che noi abbiamo di qualsiasi veleno, vogliamo dire l'universalità del danno, che qui manca.

Del resto, anche il prof. Tomas el li ci avverte, che la massima parte dei casi osservati da lui furono di febbri semplici e miti o di nevralgie facciali, lo che rese non difficile a lui giudi-

care prontamente.

Nelle ambagi della diagnosi, Murri si rivolge confidente al criterio anamnestico, ed io volentieri lo seguo, però con questa semplice osservazione: che il filo congiungente il fenomeno emogiobinurico alla malaria pregressa si è venuto nelle sue mani via via attenuando, in modo tale che l'importanza dell'infezione malarica che si potè ammettere nelle febbri curate nell' ospedale di Ravenna, diminuiva già quando la malata entrò nella sua Clinica; e poi sempre più se ne allontanava quando di mese in mese ripetevansi l'esperimento, perché, all'infuori di quello, si vedeva la ragassa acquistare sempre più la pienezza della salute. La milza era interamente ridotta, il tessuto sanguigno pienamente fisiologico: e pure l'ultima sua esperienza, che si compieva a tanti mesi di distanza dalla sofferta infezione, era uguale a quella che egli vide la prima volta. Ed oltre a ciò gioverà ricordare che l'emoglobinuria, da lui la prima volta osservata, fa emoglobinaria spontanea, ossia non provocata dal sal di chinina, che non amministrò.

Intendiamoni bene. E' lontano da me le mille miglia il pensiero di torre o soltanto diminuire la fede ai fatti attestati dai dotti colleghi. Ma c'è d'uopo spiegaroi, e la spiegazione non può essere che questa.

Nella universalità dei casi, l'azione della chinina è trionfale sulla emoglobinuria da malaria, e questa è tra noi la regola generale indistruttibile; potrebbe non ostante aversi qualche rara, rarissima eccezione, che noi non vedemmo ancora, ma della quale non impugneremo la possibilità, sulla fede prima del T o m a selli, oggi anche del Murri; però ne daremmo una spisgazione diversa.

I nostri giovani, che non hanno accumulato ancora un tesoro d'esperienza, come dovranno sotto il nostro ciclo regolarsi nella grave bisogna? Per pochissime eccezioni, non mai sin qui vedute fra noi, si metteranno al rischio, nei casi di provata gravezza di perdere i loro infermi, solo dirò, non indugiando, ma balenando sull'applicazione del rimedio sovrano? A questo quesito io rispondo recisamente di no.

E qui giova innanzi tutto ricordare un fatto. Dalla lettura del lavoro del Tomaselli (1) si argomenta ch'egli non vide, o quasi, una perniciosa emoglobiuurica: e che la perniciosa ittero-ematurica è relegata da lui tra le vere rarità. Noi, invece, ripeteremo anche una volta che abbiamo veduto la perniciosa emoglobinurica e non pochi casi di perniciosa ittero-ematurica: perniciose trionfate tutte dai sali di chinina, ma non vedemmo sin qui un caso di emoglobinuria da chinina.

Come ci si accomoda? Per me facilmente. I casi del Tomas el li erano di malaria mitissima e l'emoglobinuria non dipendeva da quella ma esclusivamente dalla chinina data, e in quanto alla frequenza di cotesti casi, che noi non vedemmo sin qui, io ripeterò con Baglivi: Romas scribo. Tomas el li dirà: Scribo Catanias. Ed è ciò tanto più ammissibile quanto meglio è provato che il fenomeno emoglobinurico s'incontra più facilmente nei climi p'à caldi.

Che ci sieno soggetti intoleranti dei sali di

chinina, è fatto oggimai divulgatissimo.

E tralasciando le osservazioni più ovvie, ho tra i miei ricordi il caso di una principessa russa, cui un grammo solo di chinina copriva ipso facto l'organo cutaneo di una eruzione scarlattiniforme diffusa, con grande elevazione della temperatura cutanes.

Il dottor Alfonso Torti, medico primario degli ospedali, narravami di aver avuto in cura una signora alla quale l'amministrazione di un sale di chinina produceva un'emorragia dall'utero. Nessuna meraviglia, dunque, che vi sieno soggetti, non ancora osservati da noi, che presentino dall'ingestione anche modica di un sale di chinina, il fenomeno emoglobinurico.

L'analisi clinica rigorosa dei fatti del Toma-

⁽¹⁾ Scuole di clinica medica italiana, vol. II, Milano Vallardi, 1894.

selli, del Murri o di quelli osservatida noi, ci persuade sinora a costituire queste categorie:

a) Categoria Ia. Malarica perniciosa, dove tanto la febbre quanto l'emoglobinuria, fenomeno interamente dipendente dalla causa infettiva malarica, sono trionfate dai sali di chinina;

- b) Categoria 2ª. Parosismi di febbre malarica mite, accompagnati da emoglobinuria, sorta soltanto dopo l'amministrazione dei sali di chinina. In questi casi l'emoglobinuria sarebbe un fatto morboso accanto al parosismo malarico, motivato dalla chinina, ma indipendente dall' infezione. Innanzi a cotesti avvenimenti, che si sono avverati, Frances co Torti e noi con esso, 'diremmo trattarsi di proporzionate emoglobinuriche. Infatti, ci sarebbe la febbre da malaria e l'emoglobinuria da chinina;
- c) Categoria 8ª. Vi sono casi nei quali l'emoglobinuria può osservarsi in coloro che soffersero da tempo infezione malarica, senza che l'emoglobinuria possa attribuirsi al sal di chinina, perchè non fu dato. Questi casi si dicono post-malarici solo perchè la malaria li precedette, ma il post hoc non vale il propter hoc. Saremmo disposti ad ammettere che una diuturna infezione malarica avesse potuto atteggiare il sangue ad una eventuale emoglobinuria, ma cotesta concessione non ci autorizza a ritenere il necessario legame etiogenico;
- d) Categoria 4º. Vi sono casi nei quali modiche dosi di preparato di chinina, somministrate senza necessità, in coloro però che soffersero la malaria, producono l'emoglobinuria. Questi fatti ci obbligano ad ammettere una specialissima condizione individuale (idiosincrasia). Imperciocchè gli esperimenti nostri, in virtà dei quali provammo che in alcuni emoglobinurici da malaria, vinto il parosismo malarico ed il sintoma emcglobinurico per la virtù dei sali di chinina, riamministrate dopo l'accesso anche forti dosi di chinina, non riprovocarono l'avvenimento morboso, inducono a ritenere che dev'essere una idiosincrasia singolarissima quella che riproduce l'emoglobinuris, anche per piccole dosi di preparati chinacei, negli apirettici.

« Ora spieghi chi può e chi vuole questa idiosincrasia, ma non vengano a direi che fu suscitata dall'infezione malarica ». Ed invero, se vi sono individui nei quali la propinazione di un sale di chinina produce l'emoglobinuria, indipendentemente da qualunque stato patologico militante, l'emoglobinuria apparisce nei costoro parosismi malarici, appunto perchè contro questi parosismi si da la chinina.

Chi volesse attribuire all'influenza della malaria la genesi del fenomeno che viene provocato dalla chinina, farebbe una supposisione che agli occhi nostri parrebbe inaccettabile, o almeno molto arrischiata, come vedremo in prosieguo. Sin qui è il prospetto clinico degli avvenimenti. Io non chiamerei, dunque, a rigore di linguag-gio clinico, i fatti della 8° e 4° categoria emoglobinurie post-malariche, perchè questa dizione, se è esatta per il post hoc, senza tener conto del

prossimo e del remoto, non lo sarebbe per il

propter hoc.

Si deve ammettere, come abbiamo già detto, che i prodotti tossici dell'ematosoo talvolta imprimano nel sangue la disposizione all'emoglobinuris, e la producano, non solo parosisticamente. ma continuatamente, nei casi gravi; e questo per me fu definito come stato immanente di perniciosità, anche al di là del parosismo.

Faori di tutto ciò, l'emoglobinuria rientra nella tesi generale ed allora può apparire per cause diverse, freddo, sifilide, infezioni speciali, veleni, ecc., cui aggiungeremo l'asione della chi-

nina.

Come ognuno ha facilmente compreso, la difficoltà che sorge nell'animo nostro, sta tutta nell'ammettere, nei casi di emoglobinuria da chinina, descritti dal Tomas ellie dal Murri, una connessione etiogenica con la malaria in atto, o da molto o da poco tempo pregressa.

E l'animo nostro, serenamente considerando i fatti narrati del Clinico di Catania e dal Glinico di Bologna, si arresta dinanzi alle considerazioni seguenti:

Primieramente, il prof. To maselli ci avverte che il fenomeno si verificò in casi di nevrsigie facciali, la cui origine malarica non fu provata dall'esame microscopico del 'eangue, e però potevano essere motivate da altre cause.

Nè varrà obiettarci, che noi, nell'esame negativo del sangue in casi di perniciosità, affermammo recisamente: il responso negativo del microscopio non poteva valere come argomento sicuro di diagnosi differenziale: nessuno dinanzi a casi così semplici e miti, incominciando dal prof. To maselli, che li narra, insino al più meticoloso credente, avrebbe mai potuto parlare di fatti perniciosi.

A questo si aggiunge il caso del Murri, nel quale, sebbene i primi avvenimenti si fossero verificati a Ravenna nell'occasione di accessi di intermittenza malarica, pure, quando l'inferma fu accolta nella Clinica di Bologna, il fenomeno la prima volta si riprodusse spontaneo, senza che fosse somministrato, anche in menoma dose

un sale di chinina.

Corretto nella logica insino allo scrupolo, non mi permetterò conclusione che ecceda. E solo ci potrà rimanere il desiderio di avelare quando che sia l'arcana ragione di fatti specialissimi che . sull'autorità di Tomaselli e di Murri, riteniamo veri.

Dapo tutte queste considerazioni gioverà esaminare gli esperimenti nostri. Noi abbiamo avuto emoglobinurie da malaria, curate e vinte con i sali di chinina.

Orbene : se la malaria patita fosse elemento disponente all'emoglobinuria prodotta dai sali di chinina, qual migliore occasione di questa ci avrebbe potuto fornire lo studio clinico per la soluzione dell'importante problema?

Ai nostri emoglobinurici malarici, a breve distanza dall'infezione patita, abbiamo voluto somministrare nuovamente sale di chinina per vedere se questo sale, in individui così disposti, riproducesse il fatto dell'emoglobinuria. È notisi che noi non ci contentammo di cinque o dieci centigrammi del farmaco, ma lo propinammo in tempo brevissimo ed anche in un sol giorno alla dose di 2 gr., sensa vedere neppur l'ombra della emoglobinuria.

Ed ecco le storie:

1. Ciancolini Giovanni, d'anni 21, da Roma, entrò in Clinica il 27 novembre 1895. Aveva contratto le febbri malariche nell'agosto passato, per cui ricorse più volte all'ospedale.

Nell'ottobre ebbe febbri a tipo terzanario. Nel novembre 28 accessi leggieri, poi disturbi gastro-intestinali. Il 24 novembre, mentre lavorava, fu preso da cefalea, diarrea e dolori alla regione lombare, ai quali segui febbre che cessò nella notte. Il 25 fu preso da brivido seguito da emoglobinuria accompagnata da cefalea e vomito, che durò fino al suo ingresso in Clinica, il 27 novembre.

All'ingresso in Olinica era itterico, abbattuto, con leggera febbre (87°,5-87°,6), cefalea, vomito, ed urine leggermente emoglobinuriche. L'esame del sangue per rispetto alla malaria dette poche forme parasitarie.

Il 28 novembre fu praticata l'iniesione di 2 gr. di chinina, la quale non influt per nulla sul contenuto emoglobinico dell'urina: inoltre si fecero iniesioni eccitanti. Nei giorni seguenti l'infermo continuò ad avere leggere elevasioni di temperatura associate a brividi di freddo e sudori abbastansa profusi.

Il 1º decembre l'emoglobinuria era cessata ed allora si iniettò un altro grammo di chinina, al quale non segul emoglobinuria, però la febbre durò ancora 24 ore sensa che nel sangue si potessero riscontrare i parasiti della malaria.

Il 15 decembre ebbe un accesso di febbre, nel quale l'esame del sangue per rispetto alla malaria, fu positivo, accesso che non fu accompagnato da emoglobinuria, ma solo da lievissima albuminuria. Gli accessi febbrili si rinnovarono il 16, 17, 18 e 19 decembre, sempre con reperto del sangue positivo e sempre senza emoglobinuria. Il 19 decembre, siccome lo stato dello infermo si andava aggravando, mentre la febbre era verso i 40°, furono praticate delle iniezioni di chinina. Queste troncarono la febbre e non produssero emoglobinuria. Il 16 gennaio, mentre si era rimesso quasi completamente, gli furono somministrati a scopo di esperiensa 2 gr. di chinina senza che si potesse avvertire emoglobinuria, e così pure nei 8 giorni seguenti fu amministrato chinino senza danno.

II. Sermani Pietro, d'anni 86, contadino. Fu malarico nel 1888, poi nel 1895 a Fiumicino contrasse di nuovo febbri malariche a tipo irregolare, che si protrassero fino al novembre 1896. Il 14 ebbe un forte accesso febbrile, che si ripetè il giorno 15. Nella notte dal 15 al 16 prese gr. 1 1/2 di chinina per bocca. Il 16, dopo che precedettero malessere, cefalea, dolore alle gambe je senso di sete intensa, ebbe un attacco di emoglobinuria non accompagnato da febbre. Gli fu somministrato gr. 1 1/2 di chinina per bocca e la emoglobinuria alle 6 ant. del 18 novembre era cessata. L'esame del sangue, per rispetto alla malaria fu negativo; dal giorno 17 in poi fu sempre apirettico.

Durante la sua degenza in Ciinica gli fu somministrata la mistura del Baccelli: il giorno 80 novembre ebbe per esperimento 1 gr. di chinina per boeca e il 2 decembre 2 gr. senza che ricomparisse l'emoglobinuria.

Nè solo propinammo sali di chinina negli emoglobinurici da malaria, ma pure in soggetti colpiti da anemia grave, provata con la pienessa delle ricerche cliniche, e nemmeno in questi vedemmo apparire traccia di emoglobinuria.

Se è forza ammettere una idiosincrasia speciale, sin qui misteriosa, con questo vocabolo, è forza confessarlo, ci spieghiamo un fatto incompreso con una parola incomprensibile.

Finalmente abbiamo da un lato malarici emoglobinurici anche gravissimi, cui il sal di chinina guari la febbre ed il sintoma. Questi ammalati, fatti da noi oggetto di esperimento per l'azione emotossica della chinina, ci fornirono una proya assolutamente negativa.

Abbiamo dall'altra parte febbri mitissime sorte senza emoglebinuria, nelle quali però l'amministrazione della chinina produsse il fenomeno. Questi infermi, pure a notevole distanza di tempo dai parceismi malarici espiati, quando riebbero, « anche in piccole dosi e senza necessità alcuna», nuova amministrazione di preparato chinaceo, ripresentarono l'emoglobinuria.

Se nei primi casi dobbiamo dire che la chinina, amministrata anche in grandi dosi, non ripristinò l'emoglobinuria, perchè mancava l'idiosinorasia; nei secondi dovremmo credere che la emogl binuria fu prodotta per l'idiosinorasia della chinina, amministrata in occasione della febbre.

A me pare intanto infinitamente più logico cotesto semplice giudizio, senza includere l'elemento malarico per lo svolgimento della idiosincrasia.

Come si risolvera finalmente il problema?

In un modo semplicissimo. Non perdere di vista cotesti individui e, quando della malaria patita fosse cancellata anche la memoria, assoggettarli nuovamente alla chinina. Ma dallo studio accurato dei fatti possiamo sin d'ora presumere che in cotesti soggetti la chinina riprodurra l'emoglobinuria. Ed allora che restera? Questo solo: che ci sono esseri così intolleranti all'azione dei sali di chinina, da averne per conseguenza il fatto emoglobinurico: ma il vincolo tra la malaria e l'emoglobinuria da chinina sara spezzato. Resterà dunque cancellato il post hoc ed ammesso il propter hoc, ossia l'amministrazione del sal di chinina.

(continua)

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Rallentamento insolito del polso, per lesione del nervi intrinscoi e dei gangli del cuore. J. W. Ogle riferisce di avere osservato parenchi casi, nei quali eravi un rallentamento insolito e persistente del polso in individui che, durante la vita avevano accusato unicamente disturbi cardiaci, ed all'autopsia si rinvenne unicamente una lesione della parete del cuore. Ciò lo ha indotto a supporre, che in questi casi gli elementi nervosi, che aumentano o rallentano la contrazione ventricolare, e che stanno sotto il dominio del vago, fossero in preda a lesioni degenerative. In qualche caso, l'autopsia fece rilevare depositi fibrinosi, in massima parte alle basi dei ventricoli, cicè una località dove, com'è ben dimostrato dalle indagini anatomiche, si associano gli elementi nervosi intracardiaci. In questi ultimi anni, le osservazioni dei fisiologi hanno fatto rilevare, anche nel cuore dei mammiferi, un certo numero di piccoli gangli nella parete delle orecchiette, alla base dei ventricoli, ecc. Ora, tenendo presente i depositi morbosi, accennati dall'autore nei suoi casi, ed il rallentamento persistente del polso, che esisteva in questi casi, sorge naturalmente la domanda: èvvi un rapporto di causa ad effetto fra questi sintomi e tali lesioni? Per ora, la patologia ci insegna che l'impegno dei plessi nervosi intratoracici per compressione esercitata da limitrofi tumori intratoracici, aneurismi, vasi sanguigni dilatati, cagiona disturbi irritativi, che si riverberano sull'attività cardiaca, alterandola. Ora non sarebbe permesso, dice l'autore, in base a questi fatti, di supporre, che la presenza dei sopracennati depositi morbosi, i quali agiscono come corpi estranei, debba disturbare l'attività dei gang'i intracardiaci, e questa, alla sua volta, alterare la contrattilità del muscolo cardiaco?

Questa opinione dell'autore non collima con quella espressa, non ha guari, dal dott. Comby nella sua monografia dal titolo: « Il polso lento permanente > : Oom by riferisce alcuni casi da lui osservati (e ne menziona pure alcuni osservati da altri medici), in cui fu osservato un polso lento permanente in individui che andavane soggetti ad attacchi di dispnea, epilettici apoplettici, ecc. In tutti questi casi la secrezione renale era diminuita, e l'urina conteneva albumina. E Comby perviene alla conclusione, che in questi casi i sintomi sopra mentovati erano di natura uremica, perchè i sintomi sopra mentovati ed il rallentamento del polso diminuirono più o meno considerevolmente, quando i rispettivi infermi furono sottoposti ad una dieta lattea, con la quale aumentò la secrezione urinaria e scemò l'albuminuria. Però, Reynard in questi ultimi tempi, si è molto occupato della patologia del poiso lento permanente, e dichiara di essersi convinto, che qualsiasi lesione perma- viena associata della chinina o della caffeina.

nente, la quale determini una irritazione di qualche tratto dell'apparecchio moderatore del cuore, basta per cagionare un rallentamento permanente del polso. Egli avrebbe constatato, che l'irritazione nervosa può avere parecchie cause, come per es. un'anemia locale, la deficiente irrigazione di sangue della porzione bulbare dello pneumo-gastrico, i tumori mediastinici che irritano o comprimono il vago, gli eccitamenti patologici delle branche laringea e gastrica di questo nervo. Però, lo stesso Reynard ritiene che, nel maggior numero dei casi di rallentamento permanente del poiso, trattisi di qualche affesione del cuore stesso, come per es. degenerazione adi posa, endocardite, ateroma delle coronarie.

Le condizioni predisponenti sarebbero l'arterosclerosi (sifilitica, alcalina, gottosa, reumatica). Quanto alla cura, le indicazioni consisterebbero nel risollevare l'attività cardiaca, abbassare la tensione arteriosa, combattere l'ischemia cerebrale (joduri, nitrito di amile, trinitrina, caffeina, noce vomica, sparteina, stricnina). Bisogna assolutamente evitare i farmachi vaso-costrittori, come la digitalina, l'ergotina, ecc.

Infine, anche Huchard nel suo classico trattato sulle malattie cardio-vascolari, dedica un lungo capitolo alla bradicardia , che egli classifica come segue: a) fisiologica; b) concomitante la convalescenza di varie malattie; c) tossica; d) riflessa; e) nervosa; f) cardiaca.

Secondo Huchard, quando coesiste un'affezione dei vasi renali, assieme al rallentamento del polso ed agli altri sintomi, vi sono pure convulsioni uremiche (The Lancet, 80 gennaio 1897).

IL MEDICO PRATICO

Sestanze incompatibili con l'antipirina

Le soluzioni acquose di antipirina sono precipitate se ad esse viene aggiunta una delle seguenti sostanze:

- 1. Acido fenico in soluzione concentrata.
- 2. Tannino e preparati tannici.
- 8. Tintura di jodo.
- 4. Cloruro di mercurio.

L'antipirina si decompone se viene triturata a secco con una delle sostanze seguenti:

- 1. Calomelano che forma con l'antipirina una combinazione tossica.
 - Naftolo β.
- 8. Cloralio, che forma un liquido oleoso, allo stesso modo come quando esso viene triturato con canfora.
- 4. Bicarbonato di soda, sviluppandosi odore di acido acetico.
- 5. Salicilato di soda, formandosi un miscuglio o-

L'antipirina aumenta la sua solubilità se ad essa

Pazione centro la tesse convulsiva

Simon commenda moltissimo, a calmare gli accessi ed a diminuirne la frequenza, la posione seguente che si somministra a cucchiajate da caffé.

Pr. Alcoolato di radice di aconito) ana gocce 10 Tintura di belledonne

Acons	аi	lauro-ceraso
	ш	

- gr. ■ 60
- di tiglio di fiori d'arancio
- 20

- Sciroppo di lattucario

80

VARIETÀ

L'alcoolisme per allattamente

Lancereaux ha rilevato di già l'alcoolismo nella seconda infanzia; Vallin, non ha guari, ha mostrato che esso può esistere anche nella prima infanzia e arrecarvi la sua nefasta influenza.

La donna che allatta e che deve dare circa un litro di latte al giorno per la necessaria disidratazione che ne consegue ha una sete viva e continua. La famiglia, credendo di far bene e di rinvigorirla le fa prendere une grande quantità di vino, e così è che, specialmente le nutrici mercenarie bevono da una a due bottiglie di vino al giorno, oltre qualche bicchiere di vine chinato o di clisir di china.

Si ceserva in questi casi che il bambino va a quando a quando soggetto ad accessi convulsivi, che talora si ripetono a periodi regolari, siccome suole appunto ceservarsi allorchè le nutrici in dati giorni della settimana hanno il permesso di uscire e non vigilate fanno abuso di vino o bevande spiritose. Il giorno dopo l'uscita si osservano accessi convulsivi nel bambino, accessi che non si ripetono più, se si pon mente a toglierne la causa immediata. Talvolta le convulsioni si vedono comparire qualche ora dopo che il bambino ha preso la mammella di una nutrice sicuramente alcoolista.

Vallin (Revue d'Hygiène, p. 958 1898) condanna emergicamente l'appellativo di igienico dato al vino e alla birra e consiglia, riguardo alle bevande che una nutrice può prendere per compensare le perdite acquose, quanto segue : un messo litro di vino o della birra leggiera solo durante i pasti, un litro di latte puro o allungato nell'intervallo di essi, e dell'acqua fresca succherata a discresione.

Un'applicazione medico-legale dei raggi di Roentgen

Nel mese di maggio dello scorso anno un tale fu ferito da un cavallo di un carrettiere e riportò frat-

tura del terzo esterno della clavicola. Sventuratamente la clavicola fratturata si saldò nel senso antero-posteriore, invece che nel senso verticale, dando così una fragilità straordinaria dell'osso per l'avvenire.

Il difensore del ferito nel chiedere i danni-interessi, oltre al certificato medico che stabiliva la lesione in parola, in appoggio della sua tesi, ha presentato una fotografia del torace del suo cliente ottenuta coi raggi di Roentgen, dalla quale i giudici della 2º sesione del tribunale civile di Marsiglia, che dovea decidere la causa, hanno potuto de vieu accertare le conseguense dell'accidente.

La dimostrazione è stata efficace e il tribunale ha concesso all' offeso Lire 1500 di danni ed interessi.

Quanto tempo un individuo normale può restare sonza sonno?

Patrick e Gilbert hanno cercato di rispondere sperimentalmente a questa domanda.

Uno di essi, il Gilbert, si sottopose insieme con altre due persone allo esperimento che durò quattro giorni e tre notti. Per lo stato di prostrazione di uno di essi l'esperimento non fu protratto, mentre negli altri due la seconda e la terza notte passata senza sonno riuscì penosa. In tutti tre il polso si rallentò e si notò abbassamento di temperatura, diminuzione di rapidità nella percezione; il tempo di reazione divenne più lungo.

NECROLOGIO

D. Spencer Wells

Questo illustre ginecologo inglese, di cui la scienza oggi rimpiange la perdita, nacque nel febbraio del 1818 St. Albans (Hertfordshire).

Fin dalla tenera età dimostrò una grande inclinasione per lo studio delle scienze naturali e, divenuto adolescente, espresse recisamente al padre il desiderio di dedicarsi allo studio della medicina. Studiò dapprima a Barisley, sotto la guida di Sadler, poi a Leeds, dove ebbe agio di assistere alle lezioni di William Hey. Da Leeds si recò a Dublino, dove si addestrò nella chirurgia e nella oftalmiatria, sotto la scorta di due celebri luminari delle scienze chirurgi che: Crampton e Jacob.

Più tardi, Londra lo attrasse a sè; egli vi si recò con l'entusiasmo febbrile che la scienza in lui destava e colà incominciò la sua carriera, guadagnando ansitutto alcuni premii in concorsi, sopra temi banditi dall'accademia di medicina. Nel 1841 entrò come medico, e prestò servizio per sei anni a Malta.

Nel 1848, stanco di una carriera, nella quale non poteva esplicare tutta la sua intelligente attività, diede le dimissioni, e si recò a Parigi, per perfezionarsi negli studii di patologia. Ivi conobbe M a g e n d ie, che era allora all'apice della gloria, ad aveva C la u de B e r n a r d ad latere. Nel 1858 ritornò a Londra, si dedicò toto amino alla pratica chirurgica, specie alla ginecologica, ed in pochi anni si procacciò una gran fama. Fin da allora si addisse a perfezionare i processi per la ovariotomia, un'operazione, che allora era grandemente temuta, perchè la si riteneva quasi come fatale, ed alla sua tenacia ed al suo genio si deve se oggi questa operazione si è definitivamente stabilita nella pratica chirurgica, e la si suole eseguire senza le gravi preco cupazioni, che un tempo essa soleva destare.

Nel 1857 Spencer Wells fu nominato professore di chirurgia nella «Grosvernorplace Medical School » A partire da quel tempo, la sua carriera non fu che una sequela di trionfi, così nella pratica come nel campo acientifico.

La sua classica opera sulle « Malattie delle Ovaja », che pubblicò nel 1865 gli procacciò una fama universale, e fu subito tradotta in molte lingue. Gli articoli che di tratto in tratto pubblicava, negli ultimi anni, nel « Medical Times and Gazette » nonché in altri giornali medici inglesi, erano accolti con giubilo, da tutti i ginecologi, come degli avvenimenti scientifici. ' È morto da pochi giorni, al Cap d'Antibes, dove erasi recato per ricuperare la sua salute, che era scossi fortemente già da anni. Lascia sei figli immersi nel duolo, ed uno stuolo di scolari, che continuano fedelmente a percorrera la via da lui così gloriosamente tracciata. Non si tosto è stata annunziata la sua morte, alcuni suoi amici e scolari si sono riuniti', per invitare i medici inglesi e di tutto il mondo ad erigere ua monumento degno della fama del grande ginecologo. Noi siamo d'avviso, che, più che col monumento, il suo nome resisterà, al dente edace del tempo, con le splendide conquiste nel campo delle scienze, conquiste che, durante la vita, gli procacciarono meritati onori, fra cui quello di essere eletto Presidente del « Royal College of Surgeons of England ». ed il titolo di baronetto, conferitogli dalla Regina, per « i segnalati servigi resi alla Scienza ed all'Umanità ..

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC:ARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI

Cattedre universitarie

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

CONDOTTE SANITARIE

وبيها والمساور والبياور والبياور والبياور والسور والبيور والبيور والبياور والبيو

Consorsio sanitario dei comuni di Pagnacco e Feletto Umberto. — Per volontaria rinuucia del medico condotto dott. Giulio Galeazzo-Regis, e tutto il mese di febbraio corrente resta aperto il concorso di medico chirurgo ostetrico per questa consorsiale condotta.

Lo stipendio annuo, pagabile a dodicesimi posticipati, é di L.8000, netto di imposta di ricchessa mobile, comi preso l'indenizzo pel mantenimento del cavallo.

Il titolare ricevera quale ufficiale sanitario l'indennità di L. 50 per ogni comune, pagabile a semestri posticipati, oltre il compenso di cent. 25 per ogni vaccinato con esito favorevole.

Occorre aver prestato servizio per un triennio in una condotta, o aver fatto pratica in uno Ospedale civile.

Folignano (Ascoli Piceno). — Condotta Medico-chirurgica. Primo stipendio L. 2680. Scadenza 24 febbraio.

Lentate sul Sevese. (Milano) — Medico-chirurgo-ostetrico. Primo stipendio L. 2580 che può arrivare fino a L. 8080 nette da ricchezza mobile. Scadenza 28 febbr.

Monte Fano (Macerata). — Due condotte Medico-chirurgiche con lo stipendio annuo di L. 2800. Obbligo di cavalcatura. Scadenza 28 febbraio.

Mslano. — Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: « Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungera un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiedera alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Toriso — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera. Scadenza 28 febbraio. Sommano.—1. Questioni scientifiche del giorno. Del diabete bronsino.—2. Lesioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma, prof. Campana. Eczema da tricophiton? Sifiloderma tardivo.—Sifiloderma pigmentario ed alopecia sifilitica nel periodo secondario.—
3. Rivista di Clinica. Clinica medica della R. Università di Roma (prof. G. Baccelli). Emoglobinuria da malaria.—4. Società scientifiche.—5. La scoverta di Roentgen.—6. Il medico pratico.—7. Varietà.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Del diabete bronzino

I casi di diabete bronzino, sinora osservati, sono abbastanza numerosi, e per ciò è ragionevole domandarsi, se quest'affezione costituisca una vera entità morbosa, distinta dal diabete ordinario.

Prima di esaminare tale questione, è utile riferire un nuovo caso di diabete bronzino, recentemente studiato da Rendue De Massary, all'ospedale Necker (*Presse mèdicale*, 6 febbraio 1897).

L'ammalato è un uomo di forte costituzione, nato da genitori sani, quantunque tra i suoi ascendenti vi siano stati diversi casi di artritismo. Sin dal 1876 egli è stato sensale di vini, ed ha abusato, con grande frequenza, di liquidi alcooliei. La malattia attuale è di data recente. Nel gennaio 1896 egli incominciò a sentirsi debole, e ad essere molestato da sete continua e da insonnia. Esaminate le urine, vi si trovano 65 grammi di succhero per litro. In seguito, si mostrano tutti i sintomi del diabete confermato. Essi per se stessi non hanno nulla di speciale, ma si accompagnano ad alcuni fatti insoliti. Lo aspetto dell'infermo è molto singolare, giacchè la pelle del suo viso è bruna, intensamente pigmentata, con riflessi ardesiaci; la pigmentazione è uniformemente diffusa su tutto il corpo.

Trattasi adunque, manifestamente, di quella varietà di diabete, che Hanot e Chauffard indicarono, or sono più di dieci anni, col nome di diabete bronzino. In questo caso, come in tutti gli altri, esistono notevoli disturbi gastro-enatici.

Malgrado le cure più attive e più varie, la malattia ha avuto un andamento progressivo, ed ha menato a morte l'infermo, nello spazio di sei mesi.

L'autopsia fu fatta 24 ore dopo il decesso. Le le la costituzione ferrugia lesioni macroscopiche, se si fa eccezione della condizione cirrotica del fegato, non presentano alcuna speciale importanza. Gli organi esaminati or ora, che il detto pigmi stologicamente, furono: il fegato, il pancreas, la ghiandola sotto-mascellare destra, la capsula surrenale, il rene, il polmone, il testicolo, il euore, il muscolo grande retto dell'addome, la pelle, un cora, nell'interno di essi.

ganglio semilunare del plesso solare, l'epiploon, un ganglio linfatico. In tutti questi organi, salvo che nel muscolo grande retto dell'addome e nel ganglio semilunare del plesso solare, si constata l'esistenza d'uno speciale pigmento. Questo è rappresentato da granuli più o meno voluminosi, d color d'ocra, a contorni molto netti. Le granulazioni sono ordinariamente sparse; ma in certi punti ove esse sono molto abbondanti, costituiscono ammassi più o meno grandi. Questo pigmento presenta speciali reazioni isto-chimiche: esso diventa nero sotto l'influenza del solfidrato d'ammoniaca, e assume il colore del bleu di Prussia, quando lo si sottomette all'azione d'una soluzione di ferro-cianuro di potassio in acqua acidulata con acido cloridrico. In una parola, il pigmento in discorso è quello che Kelsche Kiener hanno studiato sotto il nome di « pigmento ocra», e che come hauno dimostrato Lapicque e Auscher, è costituito da un idrato ferrico.

Nel caso studiato, tutte le cellule glandulari dell'organismo sono sede d'una spiccatissima degenerazione pigmentaria. Anche la cellula muscolare cardiaca presenta la stessa degenerazione, mentre la fibra muscolare ordinaria è illesa. Infine devesi segnalare l'assenza totale di pigmento nel sangue circolante; malgrado le più diligenti ricerche, non si sono trovati emboli pigmentari in alcun organo. Quindi, quantunque l'origine emoglobinica del pigmento ocra sia fuor di dubbio, tale pigmento è del tutto assente in due elementi ricchi d'emoglobina, quali sono il globulo rosso del sangue e la fibra muscolare striata.

In qual punto dell'organismo si compie la trasformazione dell'emoglobina in pigmento ocra? Le diverse teorie emesse a questo proposito possono ridursi a due. Secondo alcuni, il pigmento ocra si forma nel sangue circolante, per riduzione in situ dell'emoglobina, e poi si deposita in tutti gli organi, e specialmente nelle glandule. Secondo altri, il pigmento ocra si forma nel fegato, e poi si diffonde, per via embolica, in tutto l'organismo.

La prima teoria è del tutto inammissibile, giacchè se il pigmento cora si formasse nel sangué circolante, questo dovrebbe contenerne una certa quantità; invece, abbiamo già notato, che, nel caso studiato, il sangue non conteneva alcuna traccia di pigmento cora.

La sola ragione che militi in favore della formazione del pigmento ocra nel sangue circolante, è la costituzione ferruginosa di tale pigmento. Questo deriva certamente dall'emoglobina; ma siccome non è ammissibile, come abbiamo visto or ora, che il detto pigmento si formi nel sangue circolante, devesi, invece, ammettere che la emoglobina passi prima dai globuli rossi negli elementi cellulari, e si trasformi poi in pigmento ocra, nell'interno di essi. Ma quali sono gli organi, nelle cui cellule si produce tale trasformazione?

Hanot e Chauffard ritengono che il pigmento ocra si formi esclusivamente nel fegato, nelle cellule epatiche, e che di là si diffonda, per via embolica, in tutto l'organismo. Ma tale diffusione del pigmento ocra dal fegato agli altri organi, non può ammettersi per le seguenti ragioni. Anzitutto, le embolie pigmentarie sono rarissime nel diabete bronzino, e nel caso surriferito non ne fu constatata alcuna. In secondo luogo, la teoria della diffusione per via embolica è in disaccordo col fatto, che il pigmento è molto abbondante in certi organi, specialmente nel fegato, nel pancreas, nelle ghiandole salivari e sudoripare, mentre in altri organi, anche più riccamente vascolarizzati, quale è il polmone, non se ne trovano che minime tracce. In terzo luogo se il pigmento si formasse esclusivamente nel fegato e si diffondesse poi per via embolica, al resto dell'organismo, i suoi caratteri dovrebbero essere identici in tutti gli organi: ma invace, si constata che i granuli di pigmento ocra hanno caratteri notevolmente diversi, quanto a forma, grandezza, colore e reazioni isto chimiche, a seconda dei diversi organi nei quali essi si rattrovano.

Tutto ciò porta a ritenere, che il pigmento ocra non si diffonda punto per via embolica, ma si formi in quegli stessi organi e in quelle stesse cellule, in cui se ne constata la presenza. La formazione di esso è il risultato d'un'elaborazione viziosa compiuta dal protoplasma cellulare.

E' adunque necessario di ricercare in quali specie di cellule si compia tale elaborazione viziosa.

Essa si compie, in prima linea, nelle cellule ghiandolari in generale: la grande attività degli scambi tra i globuli rossi e le cellule ghiandolari, rende conto, in una certa misura, di questa speciale predisposizione. Restano però a spiegarsi due fatti: anzitutto come accada che il pigmento sia assente, o per lo meno scarsissimo, in una delle glandule più attive dell'economia, cioè nel rene, e in secondo luogo, perchè il pigmento, oltrechè nelle glandule, abbondi nelle fibre muscolari cardiache, mentre è assente nelle fibre degli altri muscoli.

L'assensa del pigmento nel rene, dipende, forse, dal fatto, che quest'organo non è una glandula propriamente detta: esso è un semplice filtro: le sue cellule non sono sede d'alcuna speciale elaborazione, giacchè i materiali costituenti la urina trovansi tutti preformati nel sangue.

Quanto al diverso modo in cui si comportano per riguardo al pigmento, le fibre muscolari cardiache e quelle degli altri muscoli, ciò dipende, con tutta probabilità, dal grado diversissimo di

loro attività funzionale. Difatti, mentre la fibra striata comune non fornisce che un lavoro limitato, intercalato da periodi di riposo, che sono tanto più lunghi, quanto più l'individuo è debole o cachetttico, invece la fibra muscolare cardiaca deve lavorare continuamente, anche quando gli altri muscoli del corpo sono in un'inersia quasi completa.

Questa spiegazione trova valido appoggio nel diverso modo in cui la senilità agisce sulla fibra muscolare e sulla fibra cardiaca. A partire da una certa età, non v'ha alcuna fibra muscolare cardiaca, la quale non contenga una certa quantità di granulazioni pigmentarie, accumulate ai poli del nucleo muscolare, mentre le altre fibre muscolari del corpo possono non presentare la minima traccia di degenerazione pigmentaria. Il pigmento che si deposita nelle fibre cardiache per effetto della sen lità, non è pigmento ocra. Ma ciò poco monta: il fatto accennato dimostra benissimo che le degenerazioni pigmentarie colpiscono assai diversamente la fibra cardiaca e la fibra muscolare comune.

Può adunque dirsi, in modo generale, che il pigmento ocra si formi, date certe condisioni morbose, in tutte le cellule dell'economia che lavorano molto inten amente, cioè nelle cellule ghiandolari vere e nelle fibro-cellule del muscolo cardiaco. Appunto perchè tali elementi lavorano intensamente, gli scambi che si compiono tra essi ed il sangue sono attivissimi e per ciò non può sorprendere che nell'interno di detti elementi si formi un pigmento, il quale deriva, senza alcun dubbio, dall'emoglobina.

Dobbiamo però domandarci: sotto quali influenze si alterano i processi bio-chimici nell'interno delle cellule, in guisa da risultarne la formazione del pigmento ocra?

Varie sono le condizioni morbose nelle quali ha luogo la formazione di questo pigmento. Nel 1889, Kelsche Kiener descrissero un caso di cachessia palustre, nel quale si era avuta, in vita, una spiccata colorazione bronzina, e nel quale, dopo la morte, la ripartizione del pigmento ocra nell'organismo fu trovata identica a quella che abbiamo visto esistere nel diabete bronzino. Nel 1895. Brault fece conoscere altri due casi di cachessia pigmentaria non diabetica, cioè un caso di cirrosi ipertrofica ed uno di tubercolosi polmonare, epatica e splenica. Anche Letulle fece conoscere, poco fa, un caso di cirrosi ipertrofica pigmentaria senza diabete; e due casi simili furono comunicati da Gilbert e Gren e t, il 19 decembre 1895 , alla Società Biologica di Parigi.

Può, quindi, affermarsi, che il diabete bronzino non costituisce affatto un'entità morbosa specifica, giachè la formazione di pigmento cera, e la conseguente colorazione bronzina della cute possono aversi in diversi stati cachettici. Il diabete solo, del resto, non basta a determinare la degenerazione pigmentaria degli elementi glandulari e cardiaci: nei casi di diabete bronzino sinora osservati, v'era sempre la coesistenza di una cirrosi epatica. Inoltre la degenerazione pigmentaria può anche aversi negli stati cachettici derivanti da infesione palustre o da altre gravi affesioni, specialmente epatiche.

Loddo

LEZIONI ORIGNIALI

CLIMICA DESMOSIFILOPATICA DI BONA, PIOT. CAMPANA.
ECZEMA DA TRICOPHITON? — SIFILODERMA
TARDIVO.

Sommano.—Breve ragionamento diagnostico.— Perchè nei bambini le forme infiammatorie della cute sono differenti che negli adulti.—Cura probativa; ricerche da ripetersi le molte volte per la dimostrazione del parasita.—Sifilide con manifestazione nodulare della cute ed ossee.— Caratteri differenziali di una cicatrice da lupus da quella di un sifiloderma nodulo-u'cerante cicatrizzato.—Cura: cianuro di mercurio: dosi frazionatissime in cui bisogna dare questo preparato.

Presento un bambino affetto da eruzione maculo-papulo-erosiva, con croste ematiche e purulente. Vi ha una essudazione dermo-epidermica, tra le maglie del connettivo dermico, che incolla i differenti strati e li rende meno mobili al solito metodo di ricerca, che ho insegnato a loro (Vedasi lo studio del dot. Pari e t t i). Di più vi hanno delle erosioni epidermicho umide per essudato. Ciò dice che trattasi di erusione essudativa dermo-epidermica, e, non molto acuta.

Bisogna dire anzi, che si tratta di un processo di infiltrazione quasi cronico della cute, che si estrinseca coi soliti fenomeni dell'eczema. Nei bambini, in genere, la cute ha un notevole grado di irritabilità, che moltiplica i fenomeni auatomici di essi. E ciò spiega la morfologia alquanto inusitata dell' eruzione. Però, fattasi, la diagnosi morfologica, non si è fatta la diagnosi di natura di questo male. Perchè l'eczema si mantiene in quei punti ove lo vediamo, si potrebbe credere ad una causa irritativa locale, un parasita, il tricophiton p. es. Però non si è ancora potuto dimostrare il parasita, ma ciò non deve far credere che non si tratti di parasita, perchè nelle forme essudative non è facile la dimostrazione del tricophiton, ad onta che vi esista. E' difficile trovarlo ad una sola ricerca: ve ne vogliono molte e successive.

Hebra non ammetteva l'origine parasitaria

della sicosis barbae; Köbner mise in evidenza il fatto e Tanturri contribui a dimostrarlo. Intanto, o che si tratti di eczema da tricophiton, o di eczema semplice, non è facile la prognosi e non vi è affidamento che l'infermo guarisca presto. Con l'asepsi otterrà miglioramento, ma non definitivo. Bagni antisettici; medicazione con astringenti e unguenti disseccanti.

La storia clinica, che hanno intesa, caratterizza a sufficienza il male di cui è affetto questo infermo. Nel medesimo si sono trovate forme parasitarie, sotto lo aspet o di elementi vegetali dalla forma unicellulare, senza nucleo, di semplici ed incolori, di gonidi, ma pochi, e non si può dire se essi vi sieno come saprofiti oppur no.

L'ecsema marginato, quando nasce nello interno delle cosce, nasce coi carattori clinici del tricophiton, eritematoso ed eczematoso e vi si trova il detto parasita, ma altre volte la forma clinica esiste, il parasita no. Quest' ammalata presenta eruzione squamosa, papulosa, eritematosa più sparsa che non nelle semplici cosce, ma nella forma che pur si trova in queste parti. Clinicamente si diagnosticherebbe una forma di «tricophiton tonsurans » con eritema papulo-squamoso; ma meglio eczema marginato. Sarà ripresentato. Se non è tricophiton: perché non vi si troverà giammai più il parasita, io dico che, pei caratteri morfologici, potrebbe essere una sifilide; all'uopo sarà messo in opera il criterio a juvantibus et laedentibus per agevolare la nostra diagnosi. Faremo una cura mercuriale.

E' questo altro un caso che potrebbe mettere in imbarazzo, se si tratti di sifilide, o lupus, o tubercolosi. Ha cicatrici che possono essere confuse. Però si tratta di sifilide ereditaria, resa un pò polimorfa dal lungo tempo da che esiste il male.

Perchè è un'erusione di natura sifilitica? 1.º Perchè dove ha avuto lesioni esse sono tutte guarite sensa lasciare altre manifestazioni.

La tubercolosi non lascia immunità locale. La cura chirurgica può guarire radicalmente una lesione tubercolare, ma se ciò non avvenga, è sul campo dell'antica lesione, che si vedono le riproduzioni. Non è così della sifilide, dove si hanno, ceme qui, cicatrici affatto immuni da riproduzioni. 2º La prevalenza dei processi distruttivi sui processi infiltrativi nella cute è della sifilide: nella tubercolosi si ha solo se vi sono gravi lesioni specifiche di organi interni, con

ulcerazioni e sepsi. Qui invece, dove si ha infiltrazione vi ha ulcerazione: nella tubercolosi
persistono a lungo i processi infiltrativi. La tubercolosi nella faccia comincia dalla cute; qui
si ha grave distruzione delle ossa, e vi si sono
adattate le parti molli. Rischiara questo concetto
diagnostico la localizzazione faringea, che non
ha i caratteri di localizzazioni tubercolari ed è
frequente nella sifilide. La terapia? asepsi, allontanamento delle croste; antisepsi.

Cura interna, iniezioni ipodermiche, con un preparato solubile di mercurio, che in questo caso sarà il cianuro, che daremo alla dose di due milligrammi per iniezione. Dippiù, preparati ferruginosi.

SIFILODERMA PIGMENTARIO ED ALOPECIA SI-FILITICA NEL PERIODO SECONDARIO.

Sommano.—Le alterazioni del derma e dei connettivi in generale, come espressione di localizzazione del processo sifilitico.—Come si interpretino i fenomeni di turbamento epidermici.—La ipercromia sifilitica primitiva della cute: quale é il suo sostrato anatomico; vi sono infiltrazioni dermiche. Così pure nell'alopecia passeggiera.

La sifilide, nelle proprie manifestazioni, si estrinseca con caratteri propri, negli organi ove è connettivo.

Lo stesso condiloma piano, in cui, nella forma erosiva si hanno le maggiori alterazioni dell' epidermide, che si possano concepire nella sifilide, pure si trova che esse sono secondarie per disturbato circolo od altro. Nelle forme morbose sifilitiche superficiali, si hanno esponenti della sifilide nei peli e nella cromogenesi: 1.º Alopecia dei sifilitici; 2.º Cromia della cute, detta sifilide pigmentaria.

Ma anche questi fenomeni provengono da alterazioni del derma, come in parte, vedremo poi. Intanto esaminiamo lo stato di questa inferma, che ci presenta alterazioni degne di nota per la nostra idea.

Il collo dell'inferma è di colorito bruno; vi hannol macchie chiare, più o meno distinte; que sta colorazione non va unita ad alcun inspessimente; non si modifica coi comuni mezzi di trattamento. Questa colorazione si riferisce indubbiamente alla infesione sifilitica; nò io tornerò, trattando di un caso clinico, su questo argomento. Come fu interpretato questo fenomeno anatomico, che appare molto differente dagli altri costanti fenomeni della sifilide?

Alcuni dissero non essere di natura sifilitica, perchè essa non decorre nè solo nel pariodo

secondario nè solo nel tardivo, ma ora nell'uno ed ora nell'altro: essa non riveste i catatteri anatomici delle altre manifestazioni tutte, non ne ha l'indole clinica, perchè non risente l'influenza dei preparati mercuriali. Ma, l'esame obiettivo di molti casi ha fatto ritenere che sia manifestazione sicuramente sifilitica e primitiva. Se si osserva la struttura anatomica di queste ipercromie si crederebbe di trovare un aumento dermoepidermico; invece si tratta di un semplice accumulo di pigmento. Nel derma troviamo cellule pigmentarie cromatofore e come ha notato il dott. Frattali, insieme a leucociti, che nella loro distribuzione, attorno ai vasi e vicinanze, riproducono i caratteri di una superficiale infiltrazione sifilitica.

Il dott. Frattali potè notare, in un caso recente, che, nei tratti della cute con alterazioni pigmentarie esiste una infiltrazione di elementi leucocitoidi. Così è dimostrata la localizzazione dermica, causa della pigmentazione, come nelle altre manifestazioni della sifilide.

Questa forma è distinta in due varietà; sifilide pigmentaria a fondo bianco, e sifilide pigmentaria a fondo giallo. Questa forma morbosa non ha presentato mai una eruzione precedente maculosa o papulosa; e fu dimostrato la mancanza di altra qualsiasi manifestazione precedente. Neumann ha osservato nella cute sana di individui sifilitici, un leggiero stato di infiltrazione con cellule simili a leucociti. Questo stato si trova più avanzato (come io avea dimostrato) nei tratti con roseola, nella quale, adunque, anatomicamente, non vi ha semplicemente iperemia, ma una vera infiltrazione flogistica. Ne u m a n n trovò che ciò esiste, in minor grado, anche dove non vi è eritema. Molti veleni attaccano la nutrizione dei vasi; tra questi principalmente l'alcool e la sifilide; ne consegue una predisposizione alla fuoriuscita dei corpuscoli bianchi, ed anche, in minor grado, dei corpuscoli rossi in questi stati e la spiegazione dei fenomeni da noi notati.

Nella inferma con alopecia si vedono i capelli, fatti rari specialmente nelle tempie e vicino alla fronte. Nella sifilide secondaria, con eritema roseolico, le predette roseole si presentano anche sul capellizio, cosicchè cadono i capelli per questo fenomeno delle vicinanze, i quali vengono via senza le vagine pilifere. Se la muta è fisiologica, un capello, nella parte del bulbo, si presenta accorciato, assottigliato, atrofico, mentre nella caduta patologica il bulbo è normale. All'intor-

no del follicolo del capello che cade, si vedono i vasi sanguigni con leggero grado d'infiltrazione flogistica, fenomeno riscontrato dal prof. Gi o va nni ni anche in altri stati morbosi. Però questa alterazione non è specifica per la sifilide, ma si ha anche nel tifo ed in altre malattie acute: non si ha, come nella sifilide, a prevalenza nelle regioni temporali. La infesione sifilitica, dando luogo a infiltrazione in corrispondenza dei bulbi piliferi e del follicolo, porta di conseguenza la necrobiosi degli elementi infiltranti il tessuto, od anche la necrosi, ciò che dà luogo ad alopecia permanente: ma in questi casi la erusione si presenta con altre modificazioni apparenti sulla cute alterata.

Ragioniam: della diagnosi. L'alopecia per essere tale da essere l'esponente di una infexione sifilitica, come processo infettivo generale, deve essere di data recente, come è pel caso in esame. Per essere una forma parasitaria si dovrebbe trovare un parasita.

Per una ipercromia da cloasma, essa dovrebbe trovarsi in regioni comuni a queste forme: quelle per irritazioni esterne sono localizzate al punto ove vi ha stimolo facile.

La forma morbosa, come tutte le manifestazioni pigmentarie non è guaribile con i preparati mercuriali, come non si curano le ipercromie consecutive a forme tardive. E non essendo limitata a decorrere con periodo ciclico e tipico, può prolungarsi oltre il periodo secondario. Ma si manifesta in modo da ricordare le manifestazioni secondarie e si conserva anche durante le manifestazioni gommose.

Per il defluvium capillorum la cura è quella delle altre manifestazioni che presenta l'inferma.

Per l'ipercromia non si ha cura, perchè si risolve con andamento graduato progressivo, ma lentissimo.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica della B. Univ. di Roma (prof. Baccelli). Emoglobinuria da malaria

(Cont. e fine - V. num. preced.)

Ed ora volgiamoci anche una volta a considerare il valore esclusivo del microscopio nelle fattispecie più intenebrate della malaria, come si presentano alla casuistica clinica. I feticisti del laboratorio, imponendo il microscopio, come tribonale d'appello, fanno opera egoistica, e per la Cinica, a volte, non soltanto inutile, ma dan-

nosa. Essi dunque avrebbero un modo assai spiccio per decidere la questione se debba o pur no amministrarsi il sal di chinina nell'emoglobinuris, quando sia sospettata l'azione emotossica del preparato. I sullodati vogliono esaminare il sangue più e più volte nelle 24 ore, sostenendo che nella infezione malarica, qualunque essa sia, vi si debbano trovare sempre nel sangue circolante gli emo-parasiti di Laveran; e chi non li trovasse, peggio per lui, perchè ci debbono assolutamente essere.

Se dunque in cotesto prolungato esame si trovi pur uno dei cristallini su cento, ed in quel cristallino si trovi pur uno dei globuli su mille e mille, invaso dall'ematozoo, allora gittatevi a capo fitto e, senza curare le strida del Tomas el li date chinina. Se invece non li trovaste, niente chinina; e bazza a chi tocca.

Ognuno di per sè chiaramente discerne che questa ricerca sarebbe per lo meno superflua e vana nei casi del Tomas elli, affermante che il fenomeno pauroso accade appunto nella infesione malarios. Che se l'infesione malarios non fosse, allora siamo addirittura fuori strada.

Infatti, se non mette in dubbio il Tomaselli che trattisi di emoglobinuria in casi di malaria. chi solleva il dubbio alle affermazioni del Clinico di Catania? Sono essi i feticisti del laboratorio: come pure son essi che, costretti dall' ineluttabile dimostrazione dei prodotti tossici nella perniciosità in atto, ritengono nella chinina la scla virtù sterminatrice del parasita albergante nei globuli, negando cosi, per un secondo errore. l'azione della chinina sui prodotti tossici. Cotesto è il caso dell' impeniteuza finale... Imperocchè. se fosse vero che la chinina non esercitasse alcuna virtù contro le sostanze tossiche, bisognerebbe ritornare a spiegare la perniciosità con le teorie meccaniche già condannate e ad ammettere che la vita degli uomini fosse minacciata dalla sola presenza del parasita nella sua vita eremitica dentro il globulo. Così ritorneremmo alle assurdità del penultimo tempo, che si vorrebbero imporre senze beneficio d'inventario. Se poi si concedesse l'azione della chinina esercitarei favorevolmente pure sulle cosidette spore o prodotti di scissione dell'ematozoo, versati nel plasma. allora darebbero le mani vinte senza avvedersene: perchè in difetto delle formule chimiche rivelatrici della tossicità, sono appunto questi prodotti della scissione, o segmentazione, o sporulazione che dir si voglia, le sostanze tossiche contro le quali agirebbero la chinina ed i suoi sal i.

Ma com'è che in casi gravissimi, quando appunto sarebbe mestieri di un'azione vigorosa e prenta, scompaiono del tutto, o quasi, dal sangue circolante, i parasiti, pur concedendo che rimangano annidati nei recessi più profondi dell'umano organismo? E che scompaiano in certi casi, non solo si convinse il G o l g i quando volle accertarsi dell'asserto mio, studiando nella mia Clinica, ma pare anche persuadersene il Murri, dalla sua interessante lezione clinica non ha guari pubblicata.

Se non che, prima di annunciare la spiegazione, così come a me pare molto probabile, io voglio ricordare un caso che testè ho studiato con i miei assistenti, al cospetto di tutta la scoluresca e di molti medici pratici che ogni di frequentano la mia scuola.

Di questi ultimi giorni la febbre tifoidea in Roma ha presentato sulla media di ogni tempo un aumento davvero notevole di casi. E' certo che il bacillo di E berth ha trovato nelle condizioni della città, favore singolare per la sua moltiplicazione, e questo io credo possa esplicarsi congiungendo, come è mio costume, il tesoro dell'esperienza antica alla luce della scienza nuova.

Era già dimostrato dai vecchi luminari della medicina in Roma, che nelle allavioni del Tevere, o almeno nell'accrescimento notevole del convoglio ordinario delle acque, quando si allagano gli antri del sottosuolo urbano, i reliquati di coteste alluvioni costituiscono il coenum di Lancisi, dal quale egli ripeteva le endemie delle così dette febbri maligne. Ebbene, coincidenti a questo fatto che consente pure con le dottrine di Pettenkofer intorno il pelo delle acque del sottosuolo, abbiamo veduto accrescersi, come dicemmo, il numero delle tifoidee. Roma posava sopra una palude sotterranea. Tra i casi di tifoidee che i miei aiuti collocarono nella Clinica, uno ve ne fu in sin dal principio aggravatissimo e pareva proprio dovesse morire. Studiato accuratamente questo infermo con un'analisi rapida dei sintomi che presentava, mi convinsi subito che questo non era un caso di febbre tifoidea genuina, ma benel di una subcontinua tifoide. Ordinai l'esame del sangue, che fu negativo. Ad onta di ciò, prescrissi i sali di chinina in dose generosa. All' indomani questo infermo, dalla faccia lurido-terres e dalla morte vicina, non si riconosceva più e si avviava ad una rapida guarigione. Se io avessi perduto un giorno per ripetere l'esame microscopico del sangue, chi

può assicurarmi che non avrei sacrificato l' infermo? E che fosse realmente una subcontinua tifoide lo provò anche l' esame del sangue, chè, fatto nei giorni consecutivi, quando l' infermo aveva di molto migliorato, si rinvennero allora gli emoparasiti, che mancarono assolutamente nel primo tempo.

Esso i fatti come s'incontrano nella Clinica, e non c'è esorbitanza di pretese che tenga, nè io posso, senza parlare di me, mettere in dubbio l'acume visivo e la educazione matura all'esame clinico del sangue, che i miei valorosi assistenti hanno perfetta: dire per conseguenza che i feticisti del laboratorio avrebbero avuto la capacità di vedere ciò che i miei aiuti non videro, mi riesce assai più difficile dello ammettere che i feticisti sullodati avrebbero veduto anche ciò che non v'era.

Il laboratorio e la Clinica incedono su due linee parallele e si stringono in una necessaria alleanza. Si parte dalla Clinica per entrare nel laboratorio, ma dal laboratorio si torna sempre alla Clinica, e se vi ha prevalenza è sempre di questa su quello.

E' noto, difatti, a tutti gli studiosi, che 25 anni prima che il laboratorio scoprisse l'ematozoo, la Clinica nostra aveva già segnalato la iattura del globulo rosso; ed oggi che la Clinica nostra ha fornito la dimostrazione ineluttabile delle sostanze tossiche, chi sa quanto saranno ancora di là da venire le formule chimiche di queste sostanze, formule che dovrebbe fornirci il laboratorio.

Tornando ora alla spiegazione del quesito che ci eravamo proposti , cioè per quale ragione accada che nelle più gravi infesioni da malaria nelle corsie del sangue [liberamente circolante o non si mostrino affatto, od in modo assolutamente minimo, sotto il campo del microscopio le forme incriminate, saremmo disposti a credere che ciò possa avvenire perchè nello studio delle fermentazioni è dimostrato che i microrganismi scompaiono in mezzo ai loro prodotti. E se ci obiettassero perchè gli emoparasiti resistano nei profondi recessi dell'organismo e non muoiano anch' essi, potremmo presumere che la massima parte dei prodotti tossici, più che nelle singole sfere distrettusli del circolo, si debba trovare corrivata nelle grandi vene e nelle grandi arterie, e per conseguenza nella libera circolazione periferica. Piaccia o non piaccia cotesta ipotesi, a me interessa poco, perchè d'ipotesi il

clinico non si nutre. Le ipotesi hanno la vita di un giorno e i fatti ben osservati permangono. Il clinico si appoggia su questi sensa trascurare le ideasioni dell' umano intelletto, che possono anche esse avviare alla conquista dei nucvi veri.

L'emoglobinuria, o che accompagni come un satellite, nell'alta severità della forma, un processo febbrile da infesione malarica e ne sia il sintoma pernicioso, o che accompagni un parosismo mite, surta indipendentemente dalla ragione infettiva, o che sussegua la malaria da più o meno tempo pregressa, o spontaneamente, o provocata dalle dosi anche minime di sale di chinina, deve tenersi sempre in conto di un'sintoma che merita una cura speciale. L'emoglobinuria, difatti, si attiene dovunque, come effetto alla causa, ad una emodiscrasia.

Noi trovammo in cotesti casi (fficacissimo l'aso del persolfato di ferro, congiunto alle inalazioni di ossigeno, e alla remozione severa di tutte quelle cagioni che, indipendentemente dalla malaria, si additano dai diversi osservatori come produttrici del fenomeno emoglobinurico.

A questo modo la questione terapeutica è risoluta tra noi, e crediamo che quando l'indole grave del parceismo malarico esiga interveuire con l'amministrazione dei preparati chinacei, non dobbiamo arrestarci, tuttochè si possa da taluno non fondatamente temere che il fenomeno emoglobinurico della febbre ne sia rincarato.

Allo scopo di lumeggiare ancora l'argomento dell'emoglobinuria da chinina, per quanto le nostre forse e i nostri messi comporteranno, noi ci proponiamo di tornare all'esperiensa della somministrazione di sali chininici in malati di febbri intermittenti malariche, la cui natura sia con ogni ingegno di ricerche cliniche dimostrata, e nello stesso tempo con la somministrazione degli stessi sali nelle stesse dosi ad uomini sani, od anche a coloro che soffrono di tutt'altra infermità che malaria non sia, e riprendere dalle orine, con ogni miglior avvedimento, il sale eliminato e ridotto.

Già taluni esperimenti istituimmo in tempi dal nostro remoti, su malarici che avevano preso solfato di chinina, e la conclusione d'allora fu questa: che si riprese dalle urine di cotesti infermi quasi intera la quantità del sale propinato come una sostanza amorfa, la quale però conservava l'identica amarezza: ma trattata nuova

mente con l'acido solforico non cristallizzava quesi più, o cristallizzando tardi e scarsissimamente, le forme di cristallizzazione si allontanavano in modo evidente da quelle notissime del solfato di chinina. Dunque, quei sal di chinina, traversando l'organismo, qualche cosa aveva perduto di certo: ma che? Ecco uno studio da farsi, interessante davvero. L'azione del sal di chinina sarebbe forse di natura elettro-chimica? Mistero!

Potremmo anche aggiungere un altro esperimento, ed è di somministrare la sostanza ripresa ad altri informi per malaria e constatarne gli effetti.

Abbiamo già incominciato i lavori intesi a rischiarare l'arduo problema. Se potremo anche in piccola parte concorrervi avremo fatto opera utile alla umanità e decorosa per la scienza (B Policitrico n. 2).

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società medica degli Ospedali di Parigi. - Cirrosi e diabete bronzino. - Cirrosi pigmentarie. - I raggi Ro e'u'tg en [nell' esame d' un ansurisma aortico. - La radioscopia e gli organi carichi di pigmento.

SOCIETÀ MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI Tornata del 5 febbraio 1897.

Cirrosi e diabete bronzino. Rendu e Massary discutono se si debba ritenere il diabete bronzino come una vera entità morbosa. Dopo di aver riportato tutta la storia clinica di un infermo da essi osservato, sulla quale poggiano la loro discussione, passano a discutere la genesi del pigmento ocra. Dicono che è omai assodato che esso derivi dalla trasformazione dell'emoglobina, ma che è ancora incerto se tale trasformazione abbia luogo nel fegato o nel sangue circolante.

Essi propendono per l'ipotesi di Hanot e Chauffard, che cioè si origini per una vera disgenesi pigmentaria dal contatto dell'elemento cellulare con i globuli rossi, ma non ritengono punto che esclusivamente il fegato sia quello che elabori il pigmento ocra.

Gli oratori da ultimo mostrano come il pigmento ocra si rinviene in casi che a primo acchito sembrano dissimili ma che sono nondimeno collegati da un solo e costante carattere comune: l'esistenza di una cacchessia generale dell'organismo, sia essa causata da diabete (complicato a cirrosi dal fegato) sia da una lesione epatica, sia per intossicazione malarica.

In altri termini, la formazione del pigmento ocra è uno dei modi di degenerazione delle cellule in iperattività, degenerazione che coincide essa stessa col deperimento generale dell' organismo (V. primo articolo, p. 617).

Jeanselme, dall'esame del sangue di 2 indivi-

dui con diabete bronzine e dalla osservazione istologica della maggior parte degli organi di questi, crede che il meccanismo con cui il diabete bronzino si produce, sia il seguente:

la distruzione delle emazie nei capillari dei parenchimi sarebbe il primo fatto morboso.

Mentre l'ematolisi continua, il pigmento ocra si porta verso gli epiteli secretori, ma il ferro immagazzinato negli organi glandulari non è emesso in proporzioni sensibili; la bile specialmente è quella che ne elimina meno.

Finalmente sclerosi si sviluppa in tutti gli or-

gani sovraccarichi di pigmento.

Se alla cirrosi epatica (cirrosi ipertrofica pigmentaria) si associa una sclerosi el una mancata funzionalità del pancreas, il diabete comparisce.

Quando l'eliminazione di questo pigmento avviene con lentessa, gli organi pei quali vien fuori, si solerotizzano.

L'oratore ritiene che le cirrosi del fegato e del rene, nella malaria cronica, riconoscano probabil-

mente in parte tale causa per origine.

Hayem dice che gli sembra insufficiente attribuire alla sola emelisi la precipitazione del pigmento cora e che, nella ipotetica spiega che si dà di questa pigmentazione, bisogna dare gran parte ai parenchimi, cioè a disturbi degli elementi anatomici.

Widel ricorda di aver fatto l'autopsia d'un infermo morto per emoglobinuria essensiale parosistica, fatto forse unico nella scienza.

All'esame dei reni, la sostanza corticale si presentava iperemica. Al microscopio, l'epitelio di tutti i tubuli contorti e delle anse montanti di H e n l e, era completamente riempito di pigmento, il quale in certi punti occludeva il lume dei tubuli. Gli altri epiteli erano intatti. I glomeruli del Malpighi normali, senza la menoma traccia di pigmentazione. I capillari del rene non erano per nulla congesti.

Il rene, in una parola, presentava l'aspetto che offre quando si inietta una sostanza colorante in soluzione nella circolazione generale.

Troisier nel 1871 pubblicò un caso di glucosuria associata la melanodermia ed ipertrofia del fegato.

Cirresi pigmentarie. Letulle accanto alle cirrosi pigmentarie diabetiche, malariche, tubercolari, cancerigne, ecc., dice che bisogna porre la cirrosi ipertrofica pigmentaria alcoolica di cui, recentemente, ha osservato 9 casi.

Dice che tutte le cachessie cirrotiche pigmentarie sono caratterizzate da un certo numero di disturbi che possono così raggrupparsi: Si riscontrano almeno 8 sorta di pigmento, cioè: il pigmento ocra (ferruginoso) che è il più costante; un pigmento giallo-bruno di natura ferruginosa indeterminata; il pigmento melanico della cute, normalmente elaborato nelle cellule profonde del corpo mucoso di Malpighi.

Nella cirrosi alcoolica pigmentaria si riscontrano tutte le lesioni viscerali della cirrosi diabetica.

La ripartizione del pigmento ocra è generale ma con grande predominio nelle glandule, tranne che nel rene.

Vi ha integrità quasi assoluta (dal punto di vista pigmentario) degli epiteli di rivestimento tanto esterni (epidermide) che interni o canalicolari.

Finalmente il pigmento ocra è molto fisso.

I raggi Reentgen neil'esame d'un ancurieme aertico. Béclère in un individuo con enorme ancurisma dell'arco aortico, confermò la diagnosi, servendosi della radioscopia. L'immagine ottenuta sullo schermo era evidentemente pulsante e si vide che il volume dell'ancurisma era maggiore di quello del cuore stesso.

L'oratore ritiene che questo metodo sia di grande utilità pel diagnosticare specialmente gli aneurismi per tempo, quando gli altri mezzi cli-

nici sono insufficienti a farlo.

0225L3 L4007L100BBB 077B140F130550777179B6371779

La radiescepia e gli ergani carichi di pigmente. Jeanselme presenta alcune fotografie ottenute con i raggi catodici, dalle quali risulta che gli organi carichi di pigmento ocra o ferruginoso sono molto meno permeabili ai raggi di Roent gen che non quelli normali.

LA SCOVERTA DI ROENTGEN

Pronta ed ampia applicazione ha trovato in medicina il risultato degli studii del fisico tedesco, ed il valore dei così detti raggi R o e n t g e n si è in brevissimo tempo affermato più specialmente nella diagnostica chirurgica, nella ostetricia, nella g necologia, nell' oftalmiatria nonchè nella medicina interna, rendendosi così sussidio preziosissimo della Clinica.

Con l'aiuto dei raggi X si è riusciti a riconoscere in modo indubbio — fatto importantissimo, essenziale, per la terapia da seguirsi mel
caso singolo — processi morbosi, tumori, corpi
estranei, ecc., diagnosi, cui, invero, non si sarebbe giunti con si evidente positivismo, senza avvalersi di un mezzo diagnostico tanto sicuro.

Al medico pratico riuscirà indubbiamente utilissimo l'avere riunito tatto quello che con il detto mezzo si è ottenuto e potrà ancora conseguirsi; epperò riassumiamo quanto J. L. Löwenth al in un recentissimo lavoro (Therapeutische Wochenschrift, n. 7, 1897) riferisce su tale argomento. I casi di Jastrowitz, v. Mosetig, Eulenburg, Scheier, Williamson, Barling, Poech, ecc., fra gli altri, dimostrano chiaramente come con l'aiuto dei raggi Boentgen si possa giungere a stabilire con precisione la esistenza di corpi estranei in vari organi, risultato che giammai si sarebbe potuto ottenere con altri metodi diagnostici. La diagnosi di sede di taluni processi morbosi, riusci agevolissima avvalendosi dell'illuminazione con i raggi di Roentgen. Il Koenig, ad es., ottenne il fotogramma di un sarcoma della tibia. For-

plicasione dei raggi X , una fistola apparentemente asciutta di un osso del piede, presentò secresione, che non si era potuta constatare in altro modo. Lannelongue ottenne risultati convincentissimi in casi di osteomielite del femore e di tubercolosi della 1º falange del dito medio di un piede: si potè conchiudere per essi l'inesattessa del criterio secondo il quale le alterasioni osteo-mielitiche si partono dalla superficie procedendo centripetamente. A deduzioni non meno importanti giunse Feilchenfield in un caso di « artrocace » di un bambino: le parti molli erano rigonfie, l'osso era lievemente inspessito e eravi un piccolo focolaio necrotico in visinanza dell' articolazione; l'epifisi, inoltre, era staccata dalla diafisi. Il Feilchenfield rileva come col metodo Roentgen si possa stabilire a tempo la diagnosi della carie centrale e della osteomielite, rendendosi così più facile di molto lo intervento chirurgico. K ü mm el, Heissler ed altri, avvalendosi del metodo stesso, poterono diagnosticare, fra l'altro, un focolaio metastatico localizzato in un dito, una spina ventosa del dito medio, una suppurazione dell'articolazione radio-carpea, una frattura del radio, processi osteomielitici o tubercolari, ecc. Degni di nota sono segnatamente i fotogrammi del Levi-Dorn: frattura del femore guarita con lo spostamento (dislocazione), esostosi multiple dell'antibraccio da rachitismo, proiettile localizzato nel torace.

Sinora poco si conosceva sull'esito ultimo della ridusione delle lussasioni dell'anca col metodo di Lorens, di Hoffa e di J. Wolff, deducendone la via da seguirsi (cruenta od incruenta).

Non minore importanza ha l'applicazione del metodo di Boentgen alla chirurgia di

Vanno ricordati, a proposito dell'applicazione del metodo Roent gen, alla diagnosi dei vizi di conformazione, i due fotogrammi di Edel riflettenti due casi di acromegalia, dai quali appaiono in modo evidente le alterazioni dello scheletro della mano; evidentissime son poi le esostosi delle varie ossa (clavicola, ecc.). Questi reperti coincidono in massima parte con i dati emergenti dalla autopsia e dimostrano anco una volta che in casi dubbi si può in tal guisa assicurare la diagnosi.

piamente applicato all'esame degli organi interni; ma tuttavia, i risultati, dal punto di vista della diagnosi, non sono tanto rilevanti quanto quelli ottenuti per le lesioni meramente chirurgiche. Ciò nulla meno di non poco interesse sono le deduzioni cui con questo metodo si è giunti nel campo della fisiologia e della patologia. In quanto alla tecnica speciale per l'esame degli organi interni, va detto che in tali casi bisogna avvalersi dell'illuminazione in trasparenza e del-

ster fa rilevare come col metodo di Roen tegen risaltino in modo speciale i focolai di tubercolosi ossea. A tal proposito il medesimo autore riferisce di un caso nel quale, durante l'applicazione dei raggi X, una fistola apparentemente asciutta di un osso del piede, presentò secrezione, che non si era potuta constatare in altro modo. Lannelongue ottenne risultati altro modo. Lannelongue ottenne risultati convincentissimi in casi di osteomielite del femore e di tubercolosi della 1ª falange del dito medio di un piede: si potè conchindere per essi l'inesattezza del criterio secondo il quale le altro della superitore.

Raid con l'aiuto dei raggi Roentgen, in un bambino morto di meningite, potè osservare bene in trasparenza il diaframma, il cuore ed il fegato, ma non la milsa ed i reni; Frank potè seguire l'espirazione e l'inspirazione e determinare i limiti del cuore. Zuntz, mediante la illuminazione in trasparenza giunse a confermare quanto in precedenza per altra via avea scoperto, che cioè l'esagerato lavoro muscolare produce nell'uomo un ampliamento non lieve dell' ais di ottusità del cuore, rilevabile pure con la percussione; quest' ampliamento è di 1 centimetro. Lo stesso osservatore potè stabilire che un lavoro muscolare, non eccessivo pel cuore sano, determina aumento considerevole dell' aia di ottusità di un cuore ammalato. Importante è lo studio del Benedikt sull'attività del cuore, i cui risultati trovausi in certo modo in contraddizione con i criteri sinora prevalenti. Secondo il Benedikt, la punta del cuore, nella sistole, si avvicina alla base; non esisterebbe quindi l'itto sistolico alla punta, come l'intendeva Skoda: vi sarebbe al più un itto sistolico laterale; il cuore non si libererebbe nella sistole di tutto il suo contenuto; nell'inspirazione profonda il cuore vien sollevato dal diaframma.

Lewy per determinare i limiti inferiori dello stomaco, consiglia di riempirlo, prima dell' applicazione dei raggiaR o entgen, con un liquido che ne aumenti o diminuisca il potere di penetrazione dei raggi medesimi; Becher, invece, preferisce l'insufflazione d'aria. Il Wegele propone il seguente metodo: si introduce nello stomaco una sonda molle, che, giunta alla grande curvatura si ripiega, adattandovisi sino al piloro; in questa sonda così disposta si immette un sottile filo metallico. Facendovi giungere i raggi Roent gen si rende visibile il filo metallico (in nero) e vengono indicati i limiti dello stomaco. Becher consiglia di servirsi per l'esame dello stomaco, o di ogni altro organo cavo, di riempirli con soluzioni di un sale metallico, le quali non vengono penetrate dai raggi di Roentgen. Per gli organi che non possono essere illuminati nel modo consueto il Levy-Dorn consiglia di introdurre la lastra sensibile in un'apertura del corpo. Adattandola, ad es., al palato duro, gli riusci di osservare l'antro di Highmoro, ed in una donna, pote fare la diagnosi di gravidanza al Bo mese, introducendo

Grumnach ed R. Du Bois-Reymond stabilirono ricerche moltissime sull'applicazione dei raggi Roentgen alla diagnostica delle malattie interne. Essi potettero confermare tutti i risultati ottenuti con altri metodi sinora seguiti, non solamente, ma riuscirono a stabilire la disgnosi di processi morbosi precocemente.

A dimostrare l'utilità pratica dei raggi Roentgen nella medicina, valgano alcuni esempî. H uber ottenne fotogrammi interessanti davvero, fra cui quello di artrite deformante della mano. (inspessimento ed esostosi dei capi articolari), quello di un' artrite urica delle dita della mano (inspessimento dei capi articolari, deposito di acido urico in forma di strie nere), di arteriosclerosi dell'arteria lienale. Anche Hoppe-Seyler, ottenne un bellissimo fotogramma in un caso di arterio-sulerosi. Interessante è il caso descritto da Levy-Dorn; trattavasi di una donna di 28 anni, che soffriva di frequenti accessi di asma, e si fece diagnosi di bronchite secca con enfisema. Illuminando in trasparenza il torace, non si rilevò alcun deto diagnostico, ma risultò che il cuore, del resto di volume normale, era spostato molto a destra, oltre la marginale, benché dalla percussione nulla si era rilevato. Durante un altro esame con i raggi di Roentgen si produsse un accesso di asma e si potè osservare che le due metà del diaframma presentavano vari gradi di dispnea espiratoris: l'espirazione, benché a stento, si compiva tuttavia, ma la metà destra del diaframma si manteneva immobile. Si deduce da ciò che la causa dell'asma può essere localizzata prevalentemente nei bronchi di an solo polmone. Recentemente poi, il Bouchard coi raggidi Roentgen è riuscito ad ottenere fotogrammi chiarissimi di essudato pleuritico nei vari stadi di riassorbimento; in altra serie di fotogrammi si rileva lo stato del torace di individui tubercolotici.

Bouchard è convinto che i raggi Roentgen possano trovare un' applicazione utilissima come controllo dell' aspoltazione e della percussione nella pleurite, nella tubercolosi polmonare e forse anche nella pneumonite nello stadio di epatizzazione (V. Bif. Med. n. 31).

I tentativi fatti col metodo Roentgen per la diagnosi delle malattie degli organi addominali sinora non hanno dato alcun risultato po-

Si è pure sperimentata l'applicazione dei raggi Roentgen alla ostetricia per quanto concerne la diagnosi della gravidanza, ecc. Dai risultati sinora ottenuti (Keen, Davis, Magie) sulla donna vivente, deve ritenersi che si potrebbe giungere a stabilire con precisione nella donna gravida lo stato del bacino, la posizione del feto, l'esistenza di gemelli, ecc.

Con l'ainto dei raggi Roent gen si può giungere a stabilire la sede di schegge di metallo capitate nell'occhio, e che non si potettero scovrire con l'oftalmoscopio, nè con la calam ta, e ciò risulta dall'applicazione dei risultati ottenuti da van Duyse da esperimenti fatti sugli animali.

cola lastra fotografica leggermente incarnata e si fanno agire i raggi Roentgen dal lato della tempis. Il van Duyse molto si ripromette pure dal criptoscopio del Salvioni, mediante il quale si giungerà a scoprire direttamente i corpi estranei nell'oc hio. Risultati parimenti incoraggianti si ebbero Barnieux ed Harnish.

Ma i raggi Roentgen inducono pure effetti secondarî, patologici nei tessuti sui quali si fan-

Feilchenfeld pel primo, al 25º Congresso della Società tedesca di Chirurgia, richiamò la attenzione su tale fatto: avendo esposto per mezz'ora la regione dorsale di un bambino scoliotico ai raggi Roentgen, la cute presentò arrossimento intenso con vescicolazione e forte bruciore — un vero eczema solare. Casi simili vennero poi comunicati da Leppin, Marcuse, da Fuchs e da altri; degno di nota, fra gli altri, è quello comunicato da Scherwald. In un fanciullo di circa 14 anni, 14 giorni dopo che lo si era sottoposto all'esperimento, si manifestò una dermatite sul torace (i raggi aveano agito per 45 minuti); notavasi, arrossimento, formazione di tubercoli e di vescicole, prurito, forte pigmentazione, caduta della lanugine, riduzione della secrezione del sudore e del sevo cutaneo.

Sehrwald opina che questa dermatite vada fatta dipendere, non dai raggi Roentgen ste si, ma, probabilmente da altra causa, il cui effetto nocivo si esaurisca già negli strati superiori della cute, e ritiene che la pelle degli individui giovani vi sia più prelisposta di quella degli udulti. Non v' ha dubbio alcuno che modificando i tubi, accre scendo la distanza tra l'obbietto e la sorgente luminosa, usando di correnti meno forti el accorcian lo la durata dell'esperimento, si possano con sicurezza evitare tali inconvenienti.

Da ultimo rileviamo che i raggi Boent ge n. oltre a valere quale mezzo diagnostico, pare possano trovare loro applicazione anche in Terapia.

Lortet e Genoud, ad es., sperimentarono l'azione dei raggi X sui bacilli del tubercolo; dalle ricerche da essi stabilite su animali cui era stata inoculata la tubercolosi, risulterebbe che i detti raggi possono impedire lo sviluppo della tubercolosi sperimentale negli animali. E però, consigliano i medesimi autori di avvalerai di questo mezzo nella cura della tubercolosi incipiente dell'uomo.

Despeignes assicura di avere avuto effetti positivi dall'applicazione terapica dei raggi X in un caso di carcinoma dello stomaco, partendo dalla premessa che il carcinoma sia una malattia parasitaria.

Il tumore, fu sottoposto due volte al giorno e per mesz'ora ogni volta, all'azione dei raggi Roen tgen, ed in pari tempo fu somministrato all'infermo latte e vino al condurango e si fecero iniezioni di soluzione di cloruro di sodio. Dopo 8 giorni i dolori erano molto scemati, era scomparso il colorito giallo-terreo della cute ed il tu-Null'angolo interno dell'obchio si fissa una pic-i more stesso erasi ridotto in volume; ma, dopo

alcun tempo, pur si ebbe l'esito letale. Tuttavia per l'effetto in certo modo positivo ottenuto si può a buon dritto supporre che risultato migliore si otterrebbe imprendendo questa terapia molto per tempo, appena stabilita la diagnosi di carcinoma.

Fiorentini e Luraschi (gennaio 1897) comunicarono i risultati positivi ottenuti con i raggi Roentgen nella cura del lupus e della tubercologi.

Ma, come si intende, occorrono ulteriori ricerche, altri risultati, per poter definitivamente ritenere chiaro l'effetto terapico dei raggi X; tanto di più che, com'è noto, riuscirono sinora negativi gli esperimenti fatti con i detti raggi sui microrganismi.

Liebler

IL MEDICO PRATICO

Suila disinfezione delle mani nella chirurgia e pratica estetrica giernaliera

La pratica delle operazioni di piccola chirurgia, la pratica ostetrica ordinaria, richiedono che le mani siano perfettamente asettiche.

Alcuni medici credono riuscire nell' intento lavandosi le mani in soluzioni antisettiche, sopratutto in soluzioni di sublimato all' 1 °100. Ora se si fanno delle culture con le dita così lavate, è raro che esse rimangano sterili. Dicasi altrettanto dell'acido fenico, dell'acido borico, dell'acqua con naftolo, del lisolo, del permanganato di potassa decolorato dall' iposolfito. Infatti, niuno dei suddetti antisettici, nella concentrazione che può essere tollerata dalla cute, assicura la sterilizzazione. l'assonsi delle mani.

Per ottenere un grado minimo di asepsi con essi, occorre di far precedere una lavanda con sapone con lo spazzolino, abbastanza prolungata. Lo spazzolino toglie meccanicamente gran parte del detrito epiteliale, delle polveri arrestatesi nelle anfrattuosità dell'epidermide, mentre il sapone discioglie le materie grasse che sfuggono all'azione dello spazzolino. Si prepara così la superficie a subire l'azione degli antisettici.

S:nonchè, questo è il minimum ed occorre molto di più. Infatti l'esame batteriologico dimostra che restano ancora dei germi patogeni, dopo siffatta lavanda, capaci di dare sviluppo a colonie se pervengono in adatti terreni di cultura. Ciò almeno risulta da ricerche fatte da R. e in i s k e e Z w e i f e l, i quali lavandosi col sapone e poi col sublimato ottenuero per mezzo delle loro dita, dopo la neutralizzazione del sale mercuriale, culture positive.

Ora, se per converso si fa seguire alla lavanda col sapone, uno stropicciamento di 2 minuti con lo spazzolino bagnato in alcool a 90°, le culture restano sterili, specie se si ha cura di passare le mani in acqua bolliia che toglie l'alcool che è rimasto sulla cute e con esso i germi che avea raccolto.

Il processo pratico di disinfezione delle mani, consiste dunque, in un lavacro con sapone di 4 minuti seguito di uno stropicciamento con lo spazzolino bagnato in alcool a 90° e per 2 minuti. Nei casi urgenti l'alcool adoperato solo per 5 minuti può anche bastare a dare una sicurezza assoluta.

Ciò che rende questo processo veramente pratico. (Gas. hebdom. de Mèd. et de Chir.) è che lo alcool può tornare a servire per un numero infinito di volte a condizione di non allungarlo con l'acqua, di filtrarlo ogni volta per sbarazzarlo dalle produzioni epidermiche di cui può caricarsi nella lavanda. Inoltre esso può aversi facilmente da per tutto, esclude ogni altro antisettico e serve inoltre per rendere sterili gli strumenti, passandoli alla lampada e mantenerli tali, ritornando a passarli alla fiamma quante volte sia necessario durante l'operazione. Infine il costo non è alto e si può anche per risparmiare, servirsi in pratica di alcools denaturati, parchè siano a 90°.

Valore comparativo del principali motodi di cara dell' l'emerragia derivante da Inserzione viziosa della placenta.

Lo zaffamento vaginale è uno dei mezzi più incerti, sia per combattere l'emorragia, giacchè 22 volte su 89, vale a dire nel 24 e dei casi fallisce completamente, sia per eccitare la contrattilità uterina, perchè esso non riesce a ciò se non, il più spesso, dopo 24-48 ore, e qualche volta solo dopo più giorni e ripetute applicazioni.

La lacerazione delle membrane è, invere, seconde Juge, che si è occupato dell'argomento in una recente tesi di dottorato, un mezzo semplice, pratico e sovente efficace. Essa fa cessare infatti ogni emorragia dipendente da causa indiretta, com'è appunto quella di cui si tratta, dovuta allo stiramento che le membrane inducono alla placenta, quando questa s'inserisce sul segmento inferiore. Non bisogna, per eseguirla, aspettare l'impegno della parte fetale, poiche allora può fallire o essere insufficiente, bisogna, invece, intervenire appena la persistenza e l'importanza dell'emorragia l'indichi necessario. Essa, inoltre, può attivace il parto facilitando la discesa del feto. Non si deve, infine, ad perarla sistematicamento sola, ma al contrario associarla all'uso giudizioso del pallone di Champetier che riesce in questi casi un mezzo di cura complementare naturale ed efficacissimo.

Il pallone di Champetier è stato qualche volta posto in fuori dall'uovo, vale a dire fra gli inviluppi ovulari e la parete interna dell'utero; ma questo è un metodo irrazionale che può aumentare lo scollamento della placenta e aggravare le trazioni che le fanno subire le membrane.

D'altronde, i risultati sono stati mediocri, poichè parecchie volte non si è ottenuta l'emostasia. Tuttavia questa manovra costituisce, malgrado tutto, un potente mezzo di dilatazione del collo, e nel caso, molto improbabile, in cui le membrane fossero inaccessibili e sfuggissero dinanzi alla punta del fora-membrane, si potrebbe, in mancanza di altro, ricorrere ad esso.

Introdotto, invece, nell'interno della cavità amniotica, dopo la larga lacerazione delle membrane, il pallone di Champetier da eccellenti risultati.

La sua azione è costante e certa. Di più esso dilata rapidamente il collo e permette di terminare il parto in brevissimo tempo. Juge è giunto a stàbilire, come permanenza del pallone nell'utero, una media di 4 ore e mezza, sia o non cominciato il travaglio e anche quando il collo è solo aperto di tanto quanto basti a permettere l'introduzione del pallone ripiegato su sè stesso. La durata massima di siffatta permanenza è stata di 7 ore, e la minima di 1 ora.

Questo metodo, rottura delle membrane e introduzione del pallone di Champetier nell'uovo stesso, è incomparabile; raggiunge, secondo Juge, la perfezione stessa ed, in ogni modo, è senza dubbio molto superiore allo zaffamento.

VARIETÀ

L' età del latto di una donna?

Risulta da numerose esperienze di U m i k o f f che l'aggiunta di 2 cc. e messo di una soluzione al 10 0_[0] di ammoniaca, permette, in una donna di diagnosticare a seconda del grado d'intensità della colorazione viola che assume il miscuglio, la data in cui ha avuto principio il periodo di allattamento in corso, ossia, in altri termini, la data approssimativa dell'ultimo parto. Nelle puerpere recenti, la reazione dà una tinta rosso-viola pallido; in quelle da parecchi mesi, la reazione è viola intenso.

Per accelerare la reasione, si mette la miscela a bagno-maria, per quindici a venti minuti, ad una temperatura media di 50° C.

Um i koff ha notato che la reazione non si risente, nè dell' età della donna, nè del numero dei parti, nè della sua complessione fisica, e puramente subisce l'effetto dell' età dell' allattamento.

É sottinteso che, ad ogni modo, i risultati di codesta indagine non vanno considerati che come approssimativi, e sempre comparativamente, così che occorre una certa pratica della reazione per leggere nella gamma della tinta, il responso che essa contiene.

É infine, notevole un ultimo particolare (Gazette des Hopitaux, n.10, 1897). U m i k o f f non riusci ad ottenere la reasione sperimentando con latte di vacca; ossia la reasione sarebbe peculiare del latte umano, e sarebbe tenacissima, tanto che anche un latte conservato per dieci giorni la diede con intensità pari al latte fresco.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Municipio di Montegrimano (Pesaro ed Urbino). — Resasi vacante questa Condotta-medico-chirurgica, se ne dichiara aperto il concorso a tutto il corrente mese di febbraio.

Gli aspiranti faranno pervenire a questo municipio, la relativa domanda in carta legale, franca di posta, e corredata dei documenti originali od in copia autentica.

L'annuo stipendio netto da ricchezza mobile, è fissato in L. 3000, ripartito come segue: L. 1400 per la cura degli abitanti poveri. L. 1400 per la cura della rimanente popolazione, e L. 200 pei servizii di ufficiale sanitario.

Il sanitario godrà inoltre l'uso gratuito di una comoda e decente casa di abitazione.

Massa. — È aperto un consorso per un progetto di manicomio per 8600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marso p. v.

Maddalena (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Brembate Sotto. — Medico-chirurgo-ostetrico. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 28 febbraio,

Murisengo (Alessandria). — Condotta Medico-chirurgoostetrica per i poveri. Stipendio annuo L. 1209, incluso il compenso d'ufficiale sanitario e pel servizio vaccinico. Scadenza 28 febbraio.

Castelnuovo Berardenga (Siena). — È aperto il concorso al posto di farmacista di questo comune, cui è
assegnata la somma annua di L. 200 a titolo di indennità di residenza e servizio notturno, più l'uso gratuito del locale della farmacia, convenientemente raredato di scaffalatura vasellame, ecc., e provvista di
retrostanza da essere adibita par laboratorio.

Al farmecista spetta la somministrazione dei medicinali ai poveri per conto del comune, non tariffa speciale approvata dalla Giunta municipale e da rivedersi ogni anno dalla Giunta stessa, sul parere dell'ufficiale sanitario, ed oltre l'obbligo della residenza nel paese di Castelnuovo e del servizio notturno per tutti, egli avrà altresi quello di uniformarsi alle condizioni tutte portate dal Capitolato d'oneri, ostensibile nella segreteria comunale nelle ore d'ufficio.

La nomina sará fatta per questa volta sino al 81 decembre 1898; successivamente l'eletto dovrà esser confermato di biennio in biennio, a forma del Capitolato.

Nel caso di volontaria renunzia o licenziamento, dovra precedere una disdetta reciproca di mesi tre.

L'eletto dovrà assumere il servizio entro 15 giorni dalla data-della partecipazione di nomina. Scadenza 5 marzo p. v.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadenza 14 marso. Nomina triennale.

Schmarc. — 1. Riviste sintetiche. Le malattie del naso e della gola in rapporto alla medicina generale. — 2. Lezioni originali. Clinica dermesifilopatica di Roma, prof Campana. Orticaria. — 8. Rivista di Clinica. — Clinica. medica dell'ospedale, S. Antonio in Parigi (Prof. Hayem). Un caso di anemia sintomatica. — 4. Rassegna della stampa. Patologia e clinica medica. — 5. Formulario.

RIVISTE SINTETICHE

Le maiattle del naso e della gola in rapporto alla medicina generale, (F. Havillard Hall).

La Rinoscopia e la Laringoscopia hanno una grande importanza non soltanto perchè hanno ampliato le nostre conoscenze sopra svariatissimi processi morbosi, la cui conoscenza in tutto din parte ci sfuggiva prima che fossero state istituite le rispettive tecniche, ma un altro vantaggio, che esse hanno arrecato, è che, semplificando e rendendo facilmente accessibile ai medici pratici questo esame, hanno potentemente contribuito ad ampliare, in poco tempo, le nostre nozioni sulle affezioni del naso e della gola, che so pravvengono nel corso di molte malattie generali, specialmente in quelle di natura infettiva.

Nel vajuolo, per es., la malattia talvolta si inizia con sontomi catarrali: starnuto, epistassi, fotofobia lacrimazione, tumefazione del palato molle e delle tonsille, raucedine. Nella forma grave del vajuolo l'epistassi può essere molto imponente. Le pustole vajuolose sono state osservate nelle narici, nella bocca, nella faringe e nella laringe; secondo alcuni autori, talvolta esse si estendono fino ai bronchi di secondo e di terzo ordine. Lo ptialismo può essere più o meno intenso. Se viene attaccato il palato molle, vi è d'ordinario tumefazione infiammatoria, e qualche

volta può risultarne un ascesso.

Anche la laringe può essere, allora, sede di un processo infiammatorio, che dà luogo a congestione della mucosa; oppure, vi può essere un'erusione papulare o pustolosa, la quale riesce non poco molesta all' infermo. Nè ciò è tutto, perchè nei casi gravi, fra il nono e il dodicesimo giorno, può insorgere una forte tumefazione della mucosa e produconsi accessi di soffocazione, dovuti all'edema dell'epiglottide e delle pieghe ari-epiglottiche. Trouse e a u ricorda tre casi, in cui i progressi della malattia furono così rapidi, che la morte si verificò prima che si avesse potuto apportare qualche sollievo efficace all'infermo.

In un caso di vaiuolo emorragico. Mor ell-Mackensi e rinvenne «chiazze vajuolose sulla superficie inferiore dell'epiglottide e sulla mucosa, al di sopra delle cartilagini aritenoidi».

In alcuni casi fu constatata un'ulcerazione, che si avauzava fino alle cartilagini, e cagionava necrosi; in tali casi può verificarsi la morte per interposizione di un pesso di cartilagine distac-

cato nella glottide. L'autore ha conosciuto un infermo, nel quale si dovette eseguire la tracheotomia trentotto anni dopo un attacco di vajuolo; durante tutto questo periodo di tempo,e gli aveva sofferto una cronica affesione laringea. Se la articolazione crico-aritenoidea viene impegnata dal processo patologico, può risultarne un'anchilosi, e l'infermo guarisce con una corda permanentemente fissata. Questo fatto, più che non la paralisi, è probabilmente la spiegasione di due casi descritti da Morell Mackensie, nei quali egli vide stabilirsi una paralisi permanente dell'adduttore della corda vocale, in seguito al vajuolo.

Al pari che in altre malattie specifiche acute, la escoriazione della mucosa del tratto aereo superiore, la rende vulnerabile verso altre infezioni, specialmente a quella del bacillo della dif-

terite.

Anche nella varicella, le vie aeree superiori possono essere impegnate dal processo patologico. Ron dot afferma di avere spesso constatato la esistenza di un'affesione varicellosa della mucosa orale, anche quando mancava ogni manifestazione cutanea. In questo caso la diagnosi è fondata sul carattere obiettivo della ulcerazione della bocca, sulla concomitante eruzione nella gola, e sulla presenza di un'epidemia di varicella.

Qualunque sia il concetto che si possa averadi un'erusione di varicella, circoscritta alla bocca, è indubitato che nei casi tipici di varicella, possono osservarsi sul palato, vescicole con base fortemente arrossita. Sulle labbra, sulta lingua, ecc., possono prodursi ulcerazioni superficiali, e quali, a quanto sembra, risultano dalla rottura delle vescichette. In altri termini: sembra come se l'erusione di varicella poe-sa occorrere cost sulle membrane mucose come sulla pelle. A quanto pare, molti recenti autori non hanno preso seriamente in considerazione questo fatto. Così, per es., Os ler ed altri non mensionano punto la possibile occorrenzadell'erusione boccale.

La varicella rassomiglia al vajuolo in quanto che l'erusione può verificarsi (benchè ciò avvenga di rado) anche nella laringe. Marfan ed Hallè mensionano due casi di questa specie. Nel primo trattavasi di un bambino di tre anni, il quale fu accolto nell'ospedale per accessi di soffocasions. Malgrado l'assensa di pseudo-membrane, fu iniettata l'antitossina. Ma, l'esame batteriologico mostrò l'assensa dei bacilli della ditterite. La tracheotomia fu eseguita quasi di urgensa, e fu constatata un' erusione di varicella. L' infermo guari. Nel secondo caso, il bambino morì per bronco-polmonite, e fu rinvenuta un'ul cerazione delle corde vocali.

Circa il morbillo, è, noto che spessissimo uno dei primi sintomi è un catarro nasale acuto. Il secreto al principio è limpido ed acquoso, indi ben presto diviene muco-purulento, e sovente si escoria il labbro superiore. D'ordinario, il catarro nasale si dissipa a misura che va scomparendo l'esantema; ma, in condizioni igieniche sfavorevoli, nei bambini denutriti, la secresione.

muco-purulenta persiste anche col declinare dell'erusione, e può costituire l'inizio di una rinite

cronica purulenta.

L'epistassi, qualche volta, può occorrere nel primo stadio del morbillo, ed in alcuni rari casi può raggiungere un grado molto imponente. Secondo Wolff, le cavità accessorie del naso vengono sempre attaccate nel morbillo, talvolta con infiammazione catarrale, altre volte con infiammazione purulenta. L'autore ritiene per fermo, che quest' asserzione del Wolff sia alquanto esagerata, specialmente per ciò che concerne la

flogosi purulenta.

Fra il secondo e il terzo giorno della malattia, si constata un' iperemia diffusa del pavimento della cavità orale e del palato molle, seguita da una eruzione di punteggiature o chiazze rosse sulla parte. A questo stato alcuni autori hanno impartito il nome di «enantema». Poiche questa eruzione non manca quasi mai, e precede lo esantema cutaneo, essa ha un'importanza diagnostica quando lo stadio prodromico è molto protratto, come pure negli individui di razza negra, nei quali spesso è difficilissimo riconoscere l'eruzione cutanea. Nei bambini di salute cagionevole, possono seguirne grave stomatite, e perfino il tanto paventato noma. In questi casi la prognosi è gravissima. Le tonsille e la mucosa faringea sono infiammate e tumide; l'infiammazione può diffondersi alla tuba eustachiana, e cagionare finanche un'otite media. Tuttavia, questi ultimi fatti nel morbillo si verificano molto più di rado che non nella scarlattina.

Anche la laringe può essere attaccata dal catarro. La raucedine ed una tosse stizzosa ed irritante, che spessissimo si manifestano nel primo stadio della malattia, dimostrano che la la ringe è impegnata dal processo patologico. Zi em ssen afferma di avere spesso osservato un rossore scuro, diffuso uniformemente alla mucosa laringea, con un colore giallo-rossastro delle cor-

de vocali.

In alcuni rari casi, il morbillo si inizia con sintomi di stenosi laringea, ed in questo mentre apparisce l'esantema. Per la spiccata tendenza allo spasmo nei bambini, la tosse sovente è di natura crupale. Nelle gravi forme di laringite morbillosa, può verificarsi ulcerazione della mucosa, e finanche un ascesso; può persino accadere la morte per edema laringeo. Major ha riferito un caso di afonia completa, senza il menomo disturbo della respirazione; il morbillo era insolitamente grave. All'esame laringoscopico fu constatato, che l'aritenoide sinistra nella inspirazione era completamente immobile. Per tutto altro, la laringe era normale.

La laringite membranacea è una complicazione non frequente, ma grave, del morbillo. Secondo Mackenzie, essa è anche più fatale della corrispondente affezione scarlattinosa, e l'80 o lo

dei casi possono avere esito letale.

di gran lunga più leggiero di quello che suole gnate. verificarsi nel morbillo. L'esame della gola fa rilevare una leggiera iperemia con tumefazione malattia di natura catarrale, ed, a quanto pare,

delle tonsille; in qualche caso sarebbe stata con-

statata pure l'ulcerazione.

Importanti sono le ricerche, fatte in questi ultimi anni, circa le condizioni del naso e della cavità naso-faringea nella febbre scarlattinosa. Si può ritenere per fermo, che in nessuna delle malattie esantematiche, sia tanto necessario l'esame del naso e della cavità naso-faringea come nella scarlattina. L'orificio faringeo della tuba eustachiana può essere attaccato dal processo infiammatorio, che può cagionare finanche una otite media, con tutti i relativi pericoli per l'audisione, e finanche per la vita

Nella scarlattina maligna, può verificarsi per-

fino necrosi della cartilagine e dell'osso.

Inoltre, pare bene accertato che gli streptococchi piogeni si sviluppino in gran numero, ed essi poi danno origine all'adenite cervicale ed all'ascesso, all'otite suppurativa media, all'endocardite, alla pleurite, ecc., onde la grande importanza di una scrupolosa e razionale cura topica delle condizioni morbose, esistenti nel naso e nel cavo naso-faringeo, le quali, già gravi per sè stesse, possono divenire gravissime col provocare alla loro volta, processi patologici, anche più pericolosi, in altre località.

Qualora, durante la convalescenza, si stabilisse una forte secrezione nasale, è assolutamente necessario sottoporla ad un accurato esame batteriologico, in quanto che la difterite post-scarlattinosa può attaccare le vie nasali primaria.

mente o secondariamente.

Relativamente alla questione, tanto dibattuta in questi ultimi tempi fra i clinici, cioè se la difterite scarlattinosa sia simile a quella genuina, lo autore, fondandosi sopra osservazioni personali e di altri, nega l'identità. In fatti, per ciò che concerne le membrane, che si producono durante lo stadio acuto, cioè durante il periodo di eruzione. l'autore fa rilevare, che esse sono di un colore bianco-grigiastro, molto spesse ed aderenti; lo esame batteriologico fa rilevare che esse sono dovute unicamente agli streptococchi, e non già al bacillo di Klebs-Löffler. Quanto alle membrane, che si producono nel secondo periodo, esse contengono il bacillo di Klebs-Loeffler insieme a streptococchi, sicchè sono l'esponente di una associazione batterica.

Tuttavia, l'autore non esclude la possibilità, che la difterite possa sopravvenire come complicazione della scarlattina. Ad ogni modo, egli è convinto che nei casi dubbi, soltanto l'esame batteriologico può dare risultamenti sicuri.

Quanto alla pertosse, essa si inizia quasi sempre con uno stadio catarrale. Durante lo stadio parosistico, l'epistassi è un sintoma comune.

Discrepanti sono tuttora le opinioni degli autori se la laringe venga o meno impegnata dal processo patologico nella pertosse. Herff, il quale ebbe un attacco di tosse ferina, esegui l'autolaringoscopia, e constatò un leggiero catarro della Nella roseola vi è pure un catarro nasale, ma laringe; però le cor le vocali non erano impe-

Circa l'influenza, essa è essenzialmente una

il suo microrganismo è quello descritto da Pfeiffer, che attacca le mucose durante il primo stadio della malattia. Sicchè non è punto da meravigliare, se la corissa sia il primo sintoma della malattia. Parecchi autori hanno constatato spessissimo l'anosmia consecutiva alla grave rinite influenzale, ed in qualche caso sarebbe stata ac certata auche la parosmia. Quanto all'ageusia, che taluni avrebbero accertato in rari casi di influenza, pare che trattisi di rarissime eccezioni.

Ultimamente, il Se mon ha riferito alcuni caei d'influenza, nei quali egli osservò una flogosi acuta dell'antro sinistro di Highmoro, in seguito ad influenza; altri autori ne hanno descritto di

consimili.

A quanto pare, la cura in questi casi da risultati migliori, che non in quelli, in cui l'affexione dell'antro di Highmoro si sviluppa lentamente. In parecchi casi l'attacco di influenza esordisce con sintomi riferibili al cavo nasofaringeo, ai quali più tardi sogliono associarsi quelli di un'otite media.

L'infermo accusa una grave cefalalgia, difficoltà nella respirazione nasale, e la sensazione di un corpo estrane, nel naso o nella gola. Lo esame fa rilevare, che la mucosa del cavo nasofaringeo è molto tumefatta, e che in alcuni punti

è coverta da una secrezione viscosa.

In alcuni casi eccezionali, l'autore, ha constatato una tumefazione follicolare della tonsilla faringea.

Shallay ha richiamato l'attenzione sopra l'esistenza di un'erusione vescicolare sul palato,

come sintoma dell'influenza.

Il catarro faringeo acuto, è un fenomeno molto comune nella influenza; la mucosa è di un colore porporino ed edematosa, ed in conseguenza della tumefazione e della infiltrazione muscolare l'infermo per solito accusa dolori e difficoltà nella deglutizione.

Le tonsille delle fauci, al pari della tonsilla faringea, possono essere sede di una infiammazione follicolare, con o senza alterazione peritonsillare; esse possono essere coverte da un essudato poltaceo. Anche la laringite è frequentissima nella influenza e parecchi autori hanno constatato una tumefazione infra-glottica nella laringite influenzale.

Fraenkel rigusrda, come caratteristica di quest'ultima, un'infiltrazione fibrinosa delle corde vocali, onde queste mostrano un aspetto bian-

castro.

A ciò segue la perdita superficiale dell'epitelio. Infine, in alcuni casi di influenza sarebbe
stata descritta anche un'ulcerazione più o meno
superficiale, che il più delle volte, risiedeva
nella parte anteriore delle corde vocali. Se h a effer ed altri autori hanno segnalato qualche
caso, in cui nel corso dell'influenza, si svilupparono ascessi della laringe. Altri hanno constatato e descritto fenomeni paralitici, tra cui
i più frequenti sarebbero, la paralisi degli adduttori e dei tensori delle corde vocali, che determinano l'afonia.

Lublinski in un ammalato di influenza vide la paralisi del crico-aritenoideo posteriore di sinistra, la quale si dissipò in quattro settimane, e l'autore, in un caso di grave influenza, vide sopravvenire paralisi bilaterale dello adduttore.

Nell'ileo-tifo havvi tendenza alle condizioni catarrali delle mucose, e la mucosa nasale viene attaccata al pari delle altre. Ma sono sopratutto due sintomi di natura catarrale che predominano, nella cifoidea, cioè la sordità, dovuta a diffusione del processo catarrale alle trombe eustachiane, e l'epistassi. De vic afferma di avere spesso rinvenuto piccole ulcerazioni superficiali nella bocca: per lo più, si presentavano sui pilastri anteriori delle fauci, indi venivano, in ordine decrescente di frequenza, la lingua, la superficie anteriore del palato molle e l'estrem tà della lingua.

Secondo Tripier, queste ulcere si sviluppano contemporaneamente a quelle intestinali, e per ciò egli ritiene che esse abbiano un gran valore per indicare le condisioni dell'intestino.

Il Mackenzie ha constatato spesso una eruzione erpetica sulla mucosa della faringe e della bocca, con disturbo nella deglutisione. Al pari che in altre affezioni specifiche acute, la difterite delle fauci, può sopravvenire durante la febbre tifoide; d'ordinario, si verifica nella terza settimana, ed è una complicazione grave e fatale, ma per fortuna rara. Molto più frequente è, invece, la laringite catarrale, che spesso sopravviene nel corso della tifoide, specie nel terzo settenario, e si manifesta con la raucedine e con la dispnea (ch'è prevalentemente di natura inspiratoria).

Un'altra classe di casi, che merita la massima attenzione, è quella a cui è stato impartito il nome di laringo-tifoide e che si distingue in quanto che il virus della tifoide sembra come se fosse localizzato al principio nella regione laringea, sicchè i sintomi dell'affezione locale sino alla fine della prima settimana possono talmente predominare nel quadro patologico, ch'è difficilissimo, o quasi impossibile. diagnosticare

con precisione la malattia dell'infermo.

Gerhardt, Williams ed altri, hanno

riferito tipici casi di questa specie.

L'edema laringeo può occorrere come risultato di qualcuna delle complicazioni laringee della febbre tifoide, e nella letteratura è stato già registrato qualche caso, in cui esso fu la cansa della morte. La paralisi delle corde vocali è stata talvolta osservata come consegu za della tifoide. Così, p. es., Lublinsky ha riferito cinque casi, in uno dei quali si sviluppò la paralisi bilaterale degli adduttori, in tre la paralisi di un ricorrente ed in uno la paralisi di ambedue i ricorrenti.

La paralisi può essere dovuta a compressione del ricorrente, esercitata da glandule tumefatte o dalla pleura inspessita. E poichè talvolta una tale paralisi si associa a paraplegia, oppure a paralisi di nervi periferici, dobbiamo allora ammettere, dice l'autore, che possa trattarsi di una poliomielite anteriore, oppure di una nevrite

periferica, dovute alle tossine tifiche.

Importanti sono le conclusioni, a cui è pervenuto Jobson Horne, uno dei più recenti autori, che ha studiato a fondo questo argomento. Le conclusioni sono le seguenti: a) la febbre tifoide può essere un probabile fattore nella etiologia delle ulcerazioni tubercolari della laringe; b) la diatesi tubercolare può essere un fattore nella etiologia della ulcerazione tifoide della laringe.

Uno dei caratteri più frequenti dell' affesione tifoide della laringe, è la tendenza alla suppurazione delle cartilagini, alla loro necrosi e distacco, nonchè la tendenza alle alterazioni distruttive dell'articolazione crico-aritenoidea. Laco arret ha raccolto, dalla letteratura, parecchi casi di lesioni dell'articolazione crico-ari-

tenoidea in conseguenza della tifoide.

In fine, relativamente all'erisipela, è noto che nella produzione della erisipela facciale, la rinite cronica ha una grande importanza, ed è ben risaputa la frequenza dei casi in cui l'erisipela prende punto di partenza dall'orificio delle marici.

Inoltre, come è noto, l'eresipela facciale spesso si diffonde alla faringe ed alla laringe, provo-

cando pericolose complicazioni.

Quanto all'intima natura di queste ultime, l'autore si dichiarò favorevole all' opinione del Semo v, cioè che l'erisipela, la faringite flemmonosa, l'angina di Ludwig e gli stati patologici affini, sono, nè più nè meno, che modificasioni dello stesso processo, il quale differirebbe unicamente per la virulenza o per la sua sede di sviluppo (The Lancet, 6 febbraio 1897).

Meyer

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA; prof. R. CAMPA-MA. — L'ORTICARIA.

Sommano. — Varietà di orticaria per cause — Orticaria factitia — Osservazione clinica—Causa predisponente di questo caso di orticaria sperimentale — L'irritabilità dei protoplasmi connettivali deve avere una parte nel fenomeno.

Storia Clinica. —Di Chiara Attilio, di anni 22, da Aspera Sabina. Suo padre morì di polmonite, la madre, tuttora vivente, soffrì, nella sua giovinezza, di convulsioni.

Ebbe 11 fratelli, dei quali sei morirono delle solite malattie dell' infanzia, ed uno di essi, a dir dell' infermo, dopo aver subito la resezione di una costola; egli soffri gli esantemi dell' infanzia e qualche febbre malarica. Narra che sei anni fa, lavorando da muratore, cadde da un secondo piano, per la quale caduta fu obbligato

a letto per circa tre settimane, senza però che in lui fosse avvenuta lesione di continuo, o commozione di organi.

Non ha mai avuto malattie celtiche.

La sua presente infermità dàta dal principio dell' anno corrente. Dopo che ebbe vegliato alcune notti, cominciò a sentirsi un forte prurito per tutto il corpo che lo obbligava a continui grattamenti. Il suo incomodo si manifestava sopratutto quando stava immobile, come a letto, e si aggravava quando la sua pelle era madida di sudore. Allora si grattava con le unghie e vedeva formarsi, nel punto della cute graffiato, un sollevamento, che a poco a poco cresceva, finchè, arrivato ad un certo punto, in cui era al suo apogèo, diminuiva fino a scomparire senza lasciar traccia.

Il 28 febbraio entra in Clinica.

Stato attuale. — L'infermo ci presenta pannicolo adiposo sottocutaneo un pò scarso, sviluppo
scheletrico normale, masse muscolari consistenti.
La cute è rosea sul volto, terrea sul resto del
corpo. Se lo si tiene un pò scoperto, si sollevano e rendono assai visibili i muscoli erettori dei
peli. Le mucose visibili sono normali per sviluppo ed un pò anemiche.

Passando sulla superficie cutanea, senza troppo premervi, con uno strumento a punta ottusa, osserviamo i seguenti fatti. Lungo il tratto percorso dallo strumento, si forma una linea anemica che si dissipa nello stesso tempo che nell'individuo a cute normale: poco dopo si nota un sollevamento di alcune papulette in serie, in corrispondenza dei peli, ed un forte arrossimento, che se l'oggetto stimolante percorse una linea, ha l'aspetto d'una fettuccia (V. fig. p. 538). Intanto, uniformemente, su tutta l'estensione della parte irritata, si forma un sollevamento, il quale dà i suoi primi accenni circa un minuto e mezzo dallo stimolo. Questo sollevamento ha aspetto papuloide, i margini sono netti sulla cute circostante e quasi tagliati a picco. E' di consistenza poco maggiore della cute circostante; all'inizio del fenomeno del sollevamento, intorno alla papula si forma un alone rosso che lo circonda per circa un centimetro e messo. Poco dopo anche lacute. circostante riacquista la sua normale apparenza, ed allora si vede il sollevamento papuloide dello stesso aspetto della cute, senza la più lieve diversità di tinta. E' più anestetico della cute circostante, e vi ho notato anche una discreta i poalgesia. All' inizio (del fenomeno, la parte irritata fa sentire al paziente un pò di prurito. Com-

pressa, diventa anemica e dispare per ricomparire quasi subito, dopo che cessò la compressione.

Circa quaranta minuti dopo l'irritazione la papula tende a scomparire, e dopo circa un'ora non si vede più e non si ha di essa la benchè minima traccia.

Se invece di percorrere con lo stimolo una lines, si rreme con esso sulla cute, si solleva un pomfo degli stessi caratteri del sollevamento prodotto dallo strisciamento, con la differenza però che, comprimendo senza strisciare, si ha, a condizioni uguali, una meno intensa reazione.

Se poi induco due stimoli con diversa intensità di forza, si hanno sollevamenti la cui prontessa, formativa, grandezza e durata, sono proporzionali alla intensità dello stimolo.



Tirando un pelo un pò lungo dell' addome, si solleva una papuletta identica a quella che si solleva se invece di esercitare una trazione si esercita una pressione con uno stimolo simile, p. es. con la punta di uno spillo.

Comprimendo la pelle sola, ed anche comprendendo nella compressione le sottostanti masse muscolari, non si avverte alcuna anormalità, Sulla mucosa boccale, nasale e linguale, non ostanti le ripetute esperienze, non si è ottenuta alcuna reasione.

tricità però essa, portata sulla cute in tutti i modi, non vi produce fatti reattivi.

Si nota in lui un' accentuata ipotermia, specialmente sulla cute della parte posteriore del torace: nà il caldo, nè il freddo, producono in lui reasione di sorta.

L'acido acetico concentrato produce il seguente effetto: arrossa ansitutto la regione in cui 🌢 stato posto; l'alone d'iperemia perdura un non breve periodo di tempo: si sollevano piccole papulette corrispondenti ai peli, di colore rosso esse pure, s che dispaiono con lo sparire dell' iperemis.

Gli organi toracici ed addominali sono normali. La secresione sudorifera è abbondante, la sebacea un pò scarsa.

All' esame neurologico si nota un lieve aumento d'intensità del riflesso retuleo e l'abolizione del riflesso gremasterico. Riflesso irideo alla luce, ac omodazione e colore, normali (1).

Ecco un' osservazione originale.

L'infermo presenta una reazione speciale della oute agli stimoli meccanici e hasta strisciare con un corpo duro su di essa, per vedere sollevare una papula che riproduce l'andamento del corpo strisciante; se si esegue qualche scritto o disegno, sulle carni, essi si vedono, dopo pochi minuti riprodotti.

Urticaria factitia - Dermografismo-Autografis no-Orticaria sperimentale.

Con queste parole è indicata una particolare suscettib lità della cute, a reagire, con eruzioni pomfoid, all'azione di uno stimolo, portato su di essa dallo esterno.

Però se il prodursi sulla cute delle figure che r apondono precisamente all'andamento dello stimolo meccanico su di essa, il grado di questa manifestazione, il tono di cesa è differente, per cui, a ragione, in alcune circostanze, si è parlato di vero autografismo, in altre di vera orticaria. Ma, passiamo all'osservazione clinica e poi torneremo su queste particolarità morfologiche e cliniche, discusse dagli autori, che si sono oceupati di questi argomenti,

Delle cagioni di questo male, quelle locali hanno importanza notevole. Vi sono erbe che nanno proprietà orticanti. Vi sono orticario che vengono dopo aver applicato sostanza fisiche, chimiche: il calore p. es., un acido qualunque .

⁽¹⁾ La presente storia clinica redatta dallo studente di 5e anno, sig. Nani R., fara parte di una pubblica-Il nostro infermo è assai sensibile alla elet- sione speciale dal dett. Frecore di Savona.

l'acido acetico, l'acido nitrico, ecc. Vi ha una grande categoria di erbe orticanti e di animali marini orticanti.

Se si guarda l'effetto di alcuni insetti che pungono la cute, ma che devono avere veleni, si vedono sorgere papule: in individuo con ftiri si hanno pomfi, specie, se questi non è abituato alla puntura, di simili animali, mentre quando si è già abituato si ha lieve papuletta.

La pulce produce un'alterazione di grado vario, a principio una semplice papula pallida, poi iperemia, poi una macula indelebile (vibici). Soventi la cute umana reagisce a stimoli locali con produzione di pomfi, e risponde alla forma e grado dello stimolo. Vi sono individui in cui per lieve stimolo meccanico si vede sollevare reazione viva.

Basta vedere questo fenomeno una volta per riconoscerlo e per fare la diagnosi di *orticaria factitia*. La cagione remota, pred sponente, non è facile a determinare in questo caso. Dove ha agito lo stimolo meccanico là sorge un sollevamento papuloide, che si conserva dall'aspetto della figura che ha descritto lo stimolo e colorito della cute normale, o con lieve arrossimento attorno. Ciò fa vedere che il fenomeno vasale è in minor grado, e che in gran parte il fenomeno è meccanico. Se si gratta la cute normale, si ha arrossimento irregolare, secondo la distribuzione dei vasi.

I connettivi non hanno potere funzionale di mobilità, tutto quello che fa il connettivo è dipendente, o dai vasi vicini, o dai movimenti della persona, o dal lieve movimento dei muscoli della vita organica degli elementi cellulari.

E la fibra connettivale al movimento è tutta passiva ? Ciò non è.

Laonde bisogna ammettere che lo stimolo vada ad agire sulla cellula endoteliale, in modo da avere o un' alterazione di liquido, ciò che cagiona l' effetto ultimo che è la infiltrazione nel connettivo, plasma di più che nello stato normale e di più cellule bianche che nell' ordinario; chi spinge al movimento questi leuccoiti, deve essere il fenomeno attivo dei tessuti che emettono e ricevono detti leuccoiti.

E' un fenomeno che si rassomiglia a quello che abbiamo quando iniettiamo o applichiamo piccole quantità di cocaina nella cute, dove si ha un puro fenomeno locale di anestesia. Se si dà la cocaina per la via dello stomaco, od in grande quantità, per cui, essa allora passa nel

sangue, in questo caso si hanno fenomeni di alterazione della innervazione cardiaca, polmonare.

Se diamo atropina in piccola dose si vedono fenomeni cutanei sotto forma di crticaria.

Se diamo l'atropina in dose venefica, non si hanno fenomeni locali di orticaria, e di irritabilità dei protoplasmi connettivali e vasali, che originano il pomfo; ma fenomeni generali di paralisi cardiaca, e fenomeni locali di paralisi delle pareti vasali, e stasi avanzatissime con emorragie.

La piccola quantità di atropina si deve considerare come per azione diretta. Se è forte si hanno fenomeni centrali. Se si prende un cibo indigesto, se un individuo va incontro ad un elminto, una tenia, un cisticerco, possono essi, in determinate circostanze, agire come il veleno e dare fenomeni di orticaria. Il fenomeno è semplice: ma volendo studiarne le ragioni, occorre vedere tutte le cause che perturbano la nutrizione. Ricercare la cagione in uno stato patologico intestinale, non esclude di ricercarla anche nel sistema nervoso, nella nutrizione.

È difficile che questo caso si possa ritenere come sintomatico di un'alterazione viscerale, perchè è troppo avanzata la forma di orticaria da non parere in sufficiente rapporto con uno stimolo intestinale. In un altro caso redatto dal dott. Risso le papule duravano ore, e colà si trovò come cagione la tenia. Riandando sulle varietà in cui si può presentare la orticaria, si vede, che la varietà dei pomfi è più dovuta a presenza di parasiti intestinali. Essi sono causa di prodotti che vengono a stimolare i nervi, e a dare manifestazioni sulla cute. Ma vedere un uomo che ha permanentemente la cute predisposta a dare una reazione tanto facile, non può aiutarci a credere che ciò dipenda da stimoli intestinali parasitarii da botulismo o da altro fenomeno di origine intestinale- Come si interpreta il fenomeno dell'orticaria factitia? La teoria è quella di una speciale irritabilità, non delle fibre nervose, nella loro lunghezza, ma degli estremi di queste fibre, nelle loro terminazioni confuse coi connettivi, nei quali tali terminazioni vanno. Ciò però, inteso che terminazioni nervose ed organi ove vanno, fanno un organo, e considerato il connettivo come una parte delle terminazioni nervose.

Per questa ragione si deve vedere non solo l'irritabilità dell'elemento nervoso, ma anche del sistema connettivale. Oggi il fisiologo vede nel muscolo quasi una terminazione uervosa dei fi-

lamenti nervosi che vanno alle fibre muscolari: noi in questa condizione patologica vedremo la dimostrazione del concetto che la fibra connettivale ha una terminazione nervosa delle fibre che vengono in queste parti. Questa irritabilità, che pel modo come si estrinseca, sotto lo stimolo, non può essere soltanto ascritta al protoplasma cellulare, ma anche alla massa collogena, e qualche volta anche alla massa cheratoialinica; perché alcuni fenomeni, spiccatamente locali, non possono essere che la espressione del reagire allo stimolo meccanico, non di un solo elemento, ma di tutto il sostrato di un tessuto; per cui accede in questo tessuto più plasma, accedono più leucociti, attrattivi anche dalle modificazioni meccaniche dei connettivi e del grado di osmosi e del grado di ricambio nutritivo di essi.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica medica dell'Ospedale S. Antonio in Parigi (prof. Hayem).

Un case di anomia sintematica

L'anemia cronica è uno stato patologico frequentissimo e svariato tanto per la genesi che per la sintomatologia. Le cause che la producono non sono sempre di facile interpretazione; talora sono multiple ed offrono al medico un problema clinico abbastanza complesso.

Nel letto n. 14 della sala Vulpian, è degen'e una lavandaia, trentenne, nata da genitori sani. Colpita da roseola a 5 anni, da febbre gastro-enterica male determinata, a 15 anni, vide în quest'epoca la mestruazione andare incontro a disturbi di periodicità. A 17 anni, piena di forza abbandonò la famiglia, maritandosi.

In poco tempo ebbe 6 figli che allatto essa stessa. Durante le prime gestazioni non ebbe vomiti ed i parti furono facili.

Dei 6 bambini, 4 morirono in tenera età per rescola.

Però, essa, era maltrattata dal marito, il quale durante lo allattamento non le forniva che 4 o 5 soldi al giorno per nutrirsi.

In tali tristi condizioni, nel 1892, al cominciare della sua 5º gravidanza, la sua salute andò deteriorandosi.

Con la diminuzione dell'appetito sopravvennero dolori gastrici, pallore, dimagramento ed una debolezza sempre crescente.

Ricoverata al Tenon, con diagnosi di clorane-

mia, prese la tintura di Beaumè, ferro, vino chinato, le docce fredde,

Dopo 3 mesi ne usci alquanto migliorats, per riprendere le sue occupazioni. Poco dopo si sgravò dei 5º bambino.

Malgrado la miseria e le privazioni, essa si trovava in uno stato abbastanza soddisfacente quando sopraggiunse la 6ª gravidanza. Ma questa volta al pallore, alla debolezza, si aggiunse una tosse persistente e scarse emottisi.

Nel settembre scorso ella si sgravò del 6º bambino, che volle nutrire da sè, ma essa aveva pochissimo latte, vivendo in una squallida miseria.

Aggravandosi sempre pit il suo stato, chiese di essere ricover ta nell'ospedale e vi entrò il 12 ottobre.

Attualmente la donna vi si presenta pallidissima e stecchita. La sua debolezza è estrema. V'ha un fremito apiccatissime sulla giugulare destra, ma non sofilo cardiaco.

All'esame del sangue, gli ematoblasti sono numerosissimi ed alcuni grandissimi. Nessun globulo rosso nucleato. La tosse è frequente, l'espettorato mucoso, insignificante.

L'ammalata si lagna di un violento dolore puntorio a livello della mammella sinistra, da oltre un mese. Scovrendo il seno, si constata una reticella venosa sottocutanea, molto sviluppata, tra la forchetta sternale e la regione mammaria sinistra.

Mammelle pendule, secrezione latter scar-

All'apice del polmone destro, tanto all'innanzi che allo indietro, si ha risuonanza ipofonetica, diminuzione del murmure vescicolare, rantoli secchi.

, A sinistra, oltre un focolaio apicale di tubercolosi, vi è una pleurite in via di regresso.

Appetito scarso, irregolare; stomaco alquanto dilatato. Non ha vomito o diarrea. In somma la digestione è debole e rallentata.

L'inferma si lagna di essere svegliata alla notte per bisogno di urinare 4-5 volte. L'urina è chiara, limpida, non urobilinica.

Densità 1021, acidità totale 0,78; cloruri 6,55 acido fosforico 0,77; urea gr. 10,14 per litro; Quantità totale dell'urina nelle 24 ore 1800 cc.; albumina 0,90 per litro (1,07 pro die).

Da questo studio clinico emergono 5 fatti indiscutibili: anemia intensa, tubercolosi, albuminuria.

La tubercolosi è certa, malgrado l'assenza di

bacilli constatata a 2 riprese nell'espettorato.

Mettendo per un momento da parte l'albuminuria, nel caso nostro si tratta di una clorosi semplice o dispeptica complicata a tubercolosi; si tratta di cloro-tubercolosi o si tratta di un anemia s'intomatica? Da queste differenze che apparentemente sembrano sottigliezze, deriva una prognosi ed una cura differenti.

Se si considera lo aspetto francamente anemico della inferma, la sua tinta pallida e verdastra nello stesso tempo, si è indotti a crederla clorotica.

E' una antica clorotica? La diagnosi retrospettiva è sempre un pò difficile, ma nel caso attuale ci si può pronunciarsi.

In molti libri le denominazioni clorosi e cloroanemia, sono ripetute quali sinonimi.

La clorosi è un morbo ben caratterizzato, malattia di evoluzione, che colpisce individui predisposti per labe organica od ereditaria, sopra tutto speciale per le donne, o meglio per le giovanette (cachecia virginum). Orbene, nel caso nostro, noi non troviamo le condizioni necessarie per lo sviluppo della clorosi. Questa donna era di costituzione validissima, non tubercolosa, nè scrofolosa; l' età propria della clorosi è passata senza alcuna malattia.

La mestruazione si stabili un pò tardi è vero, ma fu regolare.

Non v'ha dubbio che esiste una clorosi tardiva. Sotto tale denominazione io pongo la clorosi della menopausa (che è anche una clorosi di evoluzione) ed i casi di anemia relativamente tardiva (che sopraggiunge nelle donne tra i 20 e i 30 anni), anemia fuori proporzione con le cause che possono indurla.

Sono piuttosto casi di cloro-anemia, ma io dico clorosi, perchè sono costretto a fare intervenire, per spiegare l'anemia, una predisposizione innata od acquisita.

Qui le cause di anemia sono state multiple e più che sufficienti perchè si debba invocare la predisposizione costituzionale.

Quando l'inferma ricoverò al Tenon, essa era al principio della 5º gravidanza. Al travaglio delle 4 precedenti gestazioni si era aggiunto quello della lattazione.

Orbere gravidanza ed allattamento sono cause attive di anemia.

A ciò aggiungete la scarsissi ma alimentazione, i maltrattamenti, la miseria, i patemi di animo, una dispepsia asquisita, per la cattiva alimentasione e forse unche per spostamenti di visceri per la gravidanza.

Ordinariamente la dispepsia, per sè stessa, non è causa attiva di anemia, ma non puè dirsi lo stesso quando la dispepsia è causata dalla miseria e si aggiunge ad altre cause di anemia.

La nostra inferma, nel 1892 non fu proprio colpita da clorosi, e nemmeno la deneminazione di cloro-anemia pare bene adatta ad cuprimere il concetto della lesione da cora presentata.

Attualmente l'inferma è tubercolosa, ma lo sra essa quando è insorta l'anemia?

Io descrissi sotto il nome di cloro-anemia tubercolare (forma climica ordineriamente associata alla dispepsia) una entità morbosa ibrida, esstituita dalla clorosi e dalla tubercolosi e che va ben distinta dall'anemia sintomatica dei tisici. Ed in questa cloro-tubercolosi, talora precede la clorosi, talora la bacillosi.

Siccome la nuerra inferma non è clorotica non possiamo ammettere che essa sia affetta da cloro-tubercolosi.

D'altra parte, come si fa a sapere, se prima del 1892 essa fosse già tisica?

Io per mis lo rittingo poto probabile.

L'inferma guarl; essa sopportò il ferro, le docce e ricadde ammalata solo dopo una nuova gravidansa, dopo nuovi stenti.

Queste sono ragioni che depongono per la probabilità che la doma sia diventata tisica durante la 6º gravidanza, quando fu colpita da enervatesza, da pallore, da tosse, da emottisi.

A questa ricaduta, alle cause antecedenti di anemia, la tisi è un soprassello.

Come classificare quest'anemia?

Io la qualifico un'anemia degli adulti, causata dalla miseria, dagli stenti, dalle privazioni ed aggravata dall'albuminuria e dalla tubercolosi.

E' un' anemia sintomatica, è un' anemia perhiciosa in piccolo.

L'esame attuale del sangue ed i dati ottenuti con lo stetoscopio, pariano in favore di questa interpretazione, anzicché per l'ipotesi di clorosi.

Il colorito ed il fremito lieve della giugulare, sono 2 segni di lievissimo valore diagnostico. Al contrario manca qualsiasi soffio cardio-vascolare che sia in rapporto con il suo stato di anemis.

In breve, si tratta di un'anemia acquisita, anemia per miseria in una donna non clorotica, complicata e tubercolosi secondaria.

La situazione è vieppiù aggravata dall'esi-

ptenza di una lesione renale, di una nefrite mista poco accentuata, la quale finora si è manifestata unicamente con albuminuria.

La prognosi è naturalmente molto grave, specie se si tien conto delle deplorevoli condizioni sociali in cui vive questa donns. Dal punto di vista terapico, la nefrite richiede il regime latteo; per sostenere le forze bisognerà darle uova e carne cruda, servendosi all'occorrenza del massaggio per facilitare lo svuotamento dello stomaco.

Finalmente riposo assoluto e soppressione dello allattamento.

Se sarà fortunata di sopravvivere bisognerebbe mandaria per molti mesi al mezzogiorno, in siti molto aerati.

I clisteri creosotati potrebbero riuscire di una certa efficacia a titolo di coadiuvante.

In questa forma di anemia, il ferro è inutile; più vantaggioso è l'arsenico, però se si somministra per via ipodermica (La Mèdecine modèrne, 6 febbraio 1897).

Nacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

L'endesardite diplococchica. Benti. — Fra le tante localissasioni del diplococco pneumonico, v'ha quella sull' endocardio. L' endocardite da diplococco può essere primitiva e secondaria, e quest'ultima contemporanea o consecutiva ad un' altra infesione diplococchica.

L'autore ha avuto occasione di osservare nelultimo decennio, parecchi casi di endocardite da diplococco e dai suoi studi deduce che questa sia una infesione ematogena dello endocardio.

Nelle forme secondarie, il punto di partenza della infesione risiede in un organo già prima colpito, e, nella maggior parte dei casi, nel polmone. Quanto poi alle forme primitive, egli ritiene spesso essere difficile e talvolta anche impossibile, riconoscare la porta per cui si determinò l'infesione che chiama criptogenetica; però, ponendo mente al fatto che i diplococchi sono ospiti frequenti delle vie digestive e delle prime vie aeree, suppone che da queste parti avvenga l'invasione nel sangue.

Per l'autore, l'endocardite secondaria consecutiva non è già la ricaduta d'una infezione diplococchica, con localizzazione differente dalla primitiva, ma è una localizzazione già cominciata durante la malattia primitiva, che continua il suo corso, noncetante che l'altra sia guarita.

Nell'endocardite primitiva e consecutiva, il primo stato febbrile corrisponde al periodo di

alterazioni endocardiche durante il quale, sempre per l'azione dei diplococchi, si verifica la necrosi del tessuto, l'infiltrazione parvicellulare ed il deposito di trombi jalino-fibrosi sulle parti necrotiche.

L'inizio del 2º stadio, poi, coincide col disgregamento superficiale dei trombi e col versarsi in circolo di materiali pirogeni, i quali determinano la brusca e rapida ipertermia. Il 1º stadio ha una lunghezza più incostante nelle endocarditi consecutive, perchè viene mascherato dai sintomi della malattia primitiva, durante la quale si iniziano, ed in parte si svolgono, le alterazioni dell'endocardio.

La febbre nel 2º stadio non somiglia per nulla a quella delle altre malattie da diplococco. La sua irregolarità, le forti remissioni e le intermittenze, i ripetuti brividi, ci obbligano a classificarla tra le piressie a tipo settico-piemico.

Ed in effetti, come nelle settico-piemie, nell'endocardite esiste un focolaio dal quale si partono e si mescolano col sangue sostanze fortemente pirogene e non di rado si distaccano anche frammenti più grossolani, i quali, secondo il loro volume e l'organo ova si fermano, determinano infarti o infiammazioni metastatiche.

Nelle endocarditi consecutive e primitive, l'autore ritiene che l'ulcerazione sia quasi sempre costante; però non sempre essa è così manifesta da riuscire subito apprezzabile.

Però, osservando bene, praticando attenti esami.istologici, difficilmente si mancherà di trovarla, come difficilmente si mancherà di trovare le tracce dell'embolia con un minusioso esame del cadavere. Ausi, l'autore crede di poter affermare cha gli accessi febbrili del 2º periodo, sono tanto più numerosi e tanto più accompagnati da forti brividi e da alti gradi termici, quanto più estesi e profondi sono i processi ulcerativi dell'endecardio.

La lesione colpisce a preferenza gli apparecchi valvulari (50° lo sulle semilunari aortiche, 15° lo semilunari ed altre valvule). La tricuspide è lesa molto più frequentemente e talvolta è la sede unica della endocardite da diplococco.

Quanto alla diagnosi differenziale, ogni endocardite consecutiva a polmonite deve essere ritenuta quasi sicuramente di natura diplococchica. Eppoi, l'andamento della curva termica, l'albuminuria frequente nelle diplococcoemie, l'urobilinuria (il diplococco ha spiccata azione emolitica), l'esame batteriologico del sangue, seno tali segni da ben determinare la natura di una endocardite diplococchica.

Quanto alla guarigione della endocardite da diplococco, l'autore è d'accordo col Netter; egli, da casi di sua osservazione, ha potuto convincersi che tale cardiopatia è guaribile e la sua asserzione è basata anche su dimostrazioni anatomo-patologiche (La Settimana medica dello Sperimentale, 18 febbraio 1897).

Nacciarone

Di un seffie asseitate suil' aja gastrica e della sua pategenesi. Modigliano, dopo aver ricordato i pochi lavori esistenti circa l'ascoltazione di suoni anormali sull' aja gastrica, riporta la storia di una inferma di sua osservazione, nella quale appunto si ascoltava un soffio sulla regione gastrica.

Si trattava di una donna sessantenne, degente nella Clinica medica di Pisa anni addietro, e che essendo poi morta, l'autore ha potuto darsi ragione della genesi di tale soffio, con l'esame necroscopico.

La inferma si lamentava di accessi gastralgici

e completa anoressia.

L'esame obiettivo diede: aia cardiaca nei limiti normali, toni cardiaci normali su tutti i focolai; aja gastrica alquanto aumentata, però al palpamento nulla di anormale. Nutrizione scaduta.

Ascoltando a digiuno sull'aja gastrica, si udiva un soffio fortissimo, piuttosto aspro, che accompagnava ed in gran parte sostituiva il primo tono della rivoluzione cardiace; il punto di massima intensità di detto soffio era quasi nel centro della metà sinistra di un triangolo formato dai 2 archi costali e da una linea tirata tangenzialmente ai punti più bassi di questi; sulla linea zifo-pubica non si ascoltava quasi più ed al di là dell' aja gastrica con i toni cardiaci spariva anche il soffio. Nulla di simile si ascoltava sui focolai cardio-vascolari.

Ascoltando dopo l'ingestione di liquidi, solidi o di entrambi, ed a distanze variabili dall'ingeatione, si avevano reperti svariatissimi.

Subito dopo l'ingestione di una certa quantità di liquido, il soffio spariva quasi del tutto, per ricomparire gradatamente a misura che quello veniva assorbito.

Se si facevano ingerire liquidi e sostanze solide contemporaneamente, tale diminusione nell' intensità del soffio non avveniva quasi affatto o avveniva molto tardi (2 ore o più) e durava più o meno tempo. In ogni caso, però, quando lo stomaco era vuoto, il soffio ritornava con gli stessi caratteri.

L'autore per le condizioni peculiari della donna, non potè stabilire esattamente in quali condizioni speciali di pienezza dello stomaco il soffio scomparisse.

L'esame del succo gastrico non dette alcun

reperto speciale.

Morta per inanizione la donna, dopo un mese circa di degenza in Olinica, all'autopsia si riscontrò una estesa aderenza (da vecchia peritonite) delle anse intestinali fra loro, del colon trasverso con lo stomaco e dello stomaco stesso, posteriormente con la parete addominale, a destra col fegato, ed a sinistra con la milza, la quale pure aderiva alle pareti dello addome. Lo stomace, quindi, era fisso del tutto, però normale. Alcune porzioni dell'intestino avevano un calibro minore del normale ed i tratti che le precedevano o seguivano, erano, invece, più dilatati. Cistifellea un pò dilatata e piena di bile, anch'essa aderente

alle anse intestinail; conteneva un calcoletto libero. Tutti gli altri organi normali.

L'autore ammette che le briglie di tessuto cicatriziale che circondavano tutto lo stomaco, provocando la compressione di qualche ramo arterioso, dessero origine al soffio. Nelle speciali condizioni di pienezza dello stomaco, il soffio scompariva per l'interposizione di una sostanza liquida o mista, fra la sede di origine del soffio e l'orecchio di chi sacoltava oppure potrebbe ammettersi che il contenuto dello stomaco, modificasse il grado di compressione o, comunque, la differenza fra porzione ristretta e porzione dilatata del vaso ed in tal modo impedisse la formazione del soffio. La sede fissa del rumore con l'area circoscritta di diffa:sione, confermano l'origine del fenomeno da un dato tronco arterioso compresso e reso immobile, come era appunto tutto lo stomaco dalle aderenze peritonitiche.

Il caso riferito dall'autore dimestra che può aversi un soffio che accompagni il 2º tono della rivoluzione cardiaca sull'area gastrica, senza che si rbbia alcun rumore simile nei focolai di ascoltazione del cuore, senza che vi sia neoplasia dello stomaco ed, invece, soltanto diffuse aderenze dello stomaco e delle ansie intestinali, come postumi di una antica peritenite (La Clinica moderna 10 febbraio 1897).

(L'erentefobla febla d'arressire). Manhelmer.—Benché il numero delle foble sia illimitato, alcune, per la loro frequenza, le loro particolarità cliniche o la loro importanza medico-legale, ecc., meritano una descrizione speciale.

Fra queste v'ha l'ereutofobia o paura asse-

diante di arrossire.

Recentemente Dugas e Campbell hanno richiamato l'attenzione su questo fenomeno di origine psichica, il quale per essere di volgare osservazione non è ancora completamente delucidato: il rossore emotivo veramente morboso quando è esagerato.

Pitres e Regis hanno dimostrato che questo può essere il punto di partenza di uno stato di spirito speciale che può giungere fino all' os-

sessione, alla fobia.

La tendensa ad arrossire, anche eccessiva, è un fatto banale (ereutosi semplice), un fenomeno vaso-motore; basta un' emosione o un sentimento di confusione perché il fatto si accentui (ereu-

tosi emotiva).

Ma quando il semplice ricordo, divenuto assediante basta a far comparire il rossore (sia che il fenomeno intellettivo compaia primitivamente nel campo della coscienza, sia che dal suo apparire coesista con la rivivescenza spontanea di una simile emozione pregressa) l'ereutofobia si stabilisce ed è contemporaneamente disturbo vasomotore affettivo, ed intellettivo ed offre un terreno propisio per lo studio dei rapporti dell'idea fissa con l'emozione.

In un caso osservato da Breton, l'ereutofobia era stata preceduta da altre ossessioni e da alcune impulsioni.

Il Magnan riferisce un caso in cui l'ossessione, più attenuata, forma quasi un anello di passaggio tra l'ereutosi emotiva e l'ereutofobia propriamente detta.

Il padre del soggetto osservato da Magnan era nervoso, violento, messo passo, non aveva traccia di epilessia, alcoolista, timido, però non

in grado esagerato.

La madre aveva tic ad ambo gli occhi, non

era superstiziosa, ne paurosa.

L'infermo non aveva mai avuto neuropatie; d'intelligenza piuttosto buona, però era messo misantropo e si preoccupava per cose da nulla; di carattere collerico, subito passava dall' idea all'atto; era di amor proprio ed ambisione piuttosto esagerati.

Fin dai 14 anni era timido, arrossiva e sentiva battere forte il cuore per la minima emozione; a 15 anni sopraggiunsero idee melanconi-

che e di suicidio che poi si dissiparono.

A 18 anni si accorse di essere troppo timido. ed allora divenne inquieto pel suo essere. Eccessivamente suscettibile, mancava di confideuza in sè stesso avendo continua tema di essere inferiore a quanto potesse fare.

Ed allora egli cercò di emendarsi persuadendosi spesso che fosse superiore al suo interlocu-

tore e che quindi non aveva da temere.

Ma questa auto-osservazione reiterata diventando a poco a poco continua occupò l'infermo fino a che in esso si sviluppò l'ossessione in tutta la sua personalità.

E ciò specialmente dopo che egli incominciò

ad affaticarsi molto intellettualmente.

Quando l'inquietudine é al colmo, negli accessi più gravi, la tema di arrossire può essere analizzata nel seguente modo: vengono prima le palpitazioni; il cuore batte forte e questi battiti sono conscienti ; contemporaneamente si ha un senso di oppressione, il cui maximum corrisponde quasi al mucrone. Nulla all'epigastrio.

Poi rapidamente si aggiunge un nuovo disturbo, la respirazione si arresta per alcuni secondi. A questo punto l'infermo ragiona che è assurdo l'arrossire in preseuza di quel tale individuo e lotta controlla fobia, ma a poco a poco sente venirsi meno sulle gambe, le idee diventano fiacche, la sua coscienza si obnubila.

Tutto d'un colpo l'infermo ha disturbi auditivi e diventa d'un rosso scarlatto. Se l'emozione fu forte l'arrossimento dura più a lungo.

L'accesso viene sempre dietro una causa pro-

Quando lo infermo lavora, egli non pensa a tanto, ma appena esce di cara, il disturbo ri-

Be per caso, per associazioni d'idee, ricorda il suo debole, gli si affacciano alla mente i ricordi di un'emozione provata ed allora il disturbo vasomotore si determina salvo che per un caso fortuito un' altra brusca distrazione non lo sottragga dal pensiero che l'occupa.

Il semplice sospetto che un quidam possa guardarlo è tale da fargli abbassare gli occhi ed ar-

rossire anche se la persona é lontana; e la fobia si accentaa sempre più se la persona si ravvicina; la lotta che l'infermo impegnava con l'ossessione è perduta; egli si volta bruscamente dal lato opposto, finge di soffiarsi il naso, ecc.

L' incontro di una persona qualsiasi che già suscitò un accesso almeno una volta, riproduce quasi fatalmente lo accesso bruscamente, senza che vi sia stata l'idea assediante precedente.

L'infermo intelligente e laborioso era profondamente afflitto della sua ossessione; egli s' impose di guarire per forza di voloutà cercando di convincersi ogni giorno del ridicolo in cui cadeva per la sua emotività, ma convinto oggi vi cadeva dopo pochi minuti di bel nuovo.

Certo che in questo caso, la diagnosi di os-

sessione è più che facile.

Se alcune fobie sono del tutto illogiche ed inesplicabili, la maggior parte però sono spesso esagerazione di 2 sentimenti normali, l'uno e l'altro mezzi di protezione, di difesa per la vita di relazione e la vita organica dell'individuo: il disgusto e la paura.

Ora l'infermo in parola si rende perfettamente conto del suo stato; egli sa che ciò è patologico e che può isolarlo, ansi ha anche paura di supporsi ipocondriaco e concentrato; di più la sola paura di arrossire, rendendo lo ancora più timido, stabilisce in lui una specie di circolo vizioso.

E l'ossessione diventa per lui tanto più frequente, quanto essa è provocata dall' incontro effettivo di una persona al cui cospetto teme di arrossire.

Anche qui, come nelle altre varietà di ossessione, rinveniamo: l'attensione originariamente richismata su di un fenomeno di ordine puramente emotivo, il predominio progressivo di questo stato di coscienza sugli altri fino al completo suo insediamento incrollabile.

Quello che è più interessante nella ereutofobia si è che questo stato di angoscia che si appalesa con un disturbo fisico evidentissimo è determinato dall'incontro rapido, imprevisto di una persona impressionante, ma lo è egualmente dal solo ricordo, il qualè basta a risvegliare non solo l'ansia ma anche il disturbo vasomotore.

Danque, esso può avere una origine affettiva, ed una intellettiva. Ma per quest' ultimo caso occorre che l'ossessione sia di natura più grave, che essa non venga corretta e che vi sia molto da parte dell'eredità dell'infermo.

In fatti, oltre alla tendenza ad arrossire (già per sè stessa di soventi ereditaria), le ossessioni non possono mai stabilirsi che nel cervello di un predisposto sul quale bene spesso rinveniamo stigmate somatiche degenerative.

E nell'infermo in parola oltre ai dati anamnestici che depongono per tale ipotesi, tali stigmate si riscontravano, benche in grado molto

Il più interessante nella storia di questa ossessione si è la sua facile curabilità; essa scompasve con la semplice suggestione (nello stato

di ipnosi o di veglia).

Il Magnan ritiene che l'ossessione dei degenerati può, anzi deve, guarire; uno dei mezzi più potenti per ottenere la guarigione è l'isolamento.

Nel caso riportato, poiché non di vecchia data, la cura consistette semplicemente, in un trattamento morale tendente ad allontanare l'attenzione dall' idea assediante con distrazioni svariate ed una cura somatica mercè i tonici, i ferruginosi, l' idroterapia, l' astensione dall' alcool.

L'infermo in capo ad 1 mese vide i suoi accessi rendersi meno frequenti e 8 mesi dopo era perfettamente guarito (*La Médecine modèrne*, n.

8, 1897).

Nacciarone

FORMULARIO

Centre il prurite vulvare

Spiegler consiglia di ungere le parti con la se, guente miscola, due, tre volte al giorno e spolverarvi sopra dell'amido.

Pr. Solfofenato di sodio

gr. 5 a 10

Vaselina Lanolina

ana gr. 45

La formula del Fournier poi jodure petassico

Pr. Joduro di potassio gr. 25
Anisette di Bordeaux 150

Sciroppo semplice > 850 Ogni cucchiaio da suppa contiene un gram. di joduro.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Cattedre universitarie

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

E aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Consorsio sanitario dei comuni di Pagnacco e Feletto Umberto. — Per volontaria rinuncia del medico condotto dott. Giulio Galeazzo Regis, a tutto il mese di febbraio corrente, resta aperto il concorso di medico chirurgo ostetrico per questa onsorziale condotta.

Lo stipendio annuo, pagabile a dodicesimi posticipati, 6 di L. 5000, netto di imposta di ricchezza mobile, compreso l'indenizzo pel mantenimento del cavallo.

Il titolare ricevera quale ufficiale sanitario l'indennità di L. 50 per ogni Comune, pagabile a semestri posticipati, oltre il compenso di cent. 25 per ogni vaccinato con esito favorevole.

Occorre aver prestato servizio per un triennio in una condotta, o aver fatto pratica in uno Ospedale civile.

Lentate sul Sevese. (Milano) — Medico-chirurgo-ostetrico. Primo stipendio L. 2580 che può arrivare fino a. L. 3080, nette da ricchessa mobile. Scadensa 28 febbru

Monts Fano (Macerata). — Due condotte Medico-chirurgiche con lo stipendio annuo di L. 2800. Obbligo di cavalcatura. Scadenza 28 febbraio.

Milono.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera. Scadenza 28 febbraio.

Brembate Sotto. — Medico-chirurgo-ostetrico. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 28 febbraio,

Murisengo (Alessandria). — Condotta Medico-chirurgoostetrica per i poveri. Stipendio annuo L. 1209, incluso il compenso d'ufficiale sanitario e pel servizio vaccinico. Scadenza 28 febbraio.

Castelnuovo Berardenga (Siena). — È aperto il concorso al posto di farmacista di questo Comune, cui è assegnata la somma annua di L. 200 a titolo di indennità di residenza e servizio notturno, più l'uso gratuito del locale della farmacia, convenientemente arredato di scaffalatura vasellame, ecc., e provvista di retrostanza da essere adibita per laboratorio.

Al farmacista spetta la somministrazione dei medici nali ai poveri per conto del Comune, con tariffa speciale approvata dalla Giunta municipale e da rivedersi ogni anno dalla Giunta stessa, sul parere dell'ufficiale sanitario, ed oltre l'obbligo della residenza nel paese di Castelnuovo e del servizio notturno per tutti, egli avrà altresì quello di uniformarsi alle condizioni tutte portate dal Capitolato d'oneri, ostensibile nella segreteria comunale nelle ore d'ufficio.

La nomina sará fatta per questa volta sino al 81 decembre 1898; successivamente l'eletto dovrà esser confermato di biennio in biennio, a forma del Capitolato.

Nel caso di volontaria renunzia o licenziamento, dovra precedere una disdetta reciproca di mesi tre.

L'eletto dovrà assumere il servizio entro 15 giorni dalla duta della partecipazione di nomina. Scadenza

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potra dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadenza 14 marzo. Nomina triennale.

Sommano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. Il comune agente patogeno della stomative aftosa dell'uomo e degli animali. — 2. Lavori originali. Reparto chirurgico dell'ospedale civile di Monselice, diretto dal dott. Guido Turassa. Osteomielite intettiva della tibia sinistra; amputasione; emorragie ripetute della femorale; guarigione. — Società scientifiche. — 4. Bivista di Clinica. Clinica medica di Bordeaux (dott. Carrière). Un caso di cancro esofageo. — 5. Rassegna della stampa. Patologia e clinica chirurgica. — 6. Formulario. — 7. Notisie.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

II comune agente pategono dei a stematite aftosa dell'uomo e degli animali (Bussenius e Siegoi),

Già fin dai primi tempi, io cui fu studiata la stomatite aftosa, gli autori tentarono di accertare la causa della malattia. Metsger l'attribui all'uso di alimenti guasti, al lungo soggiorno degli animali in locali umidi o sudici. Dopo 14 anni, Belling accampò l'opinione che quest'affezione fosse dovuta a tossine contenute negli alimenti guasti, laddove Am · Pach attribui alle influenze atmosferiche una entità sulla comparsa dell'aff sione. Heyne si pose da un punto di vista eclettico, in quanto che fece derivare il male da influenze chimiche, meccaniche e dinamiche concomitanti. In questa sfera si aggirarono tutte le indagini etiologiche fino all'èra batteriologica. Sino a questi ultimi anni, troviamo espressi, da alcuni autori, concetti i quali r cordaco le antiche teorie della genesi meccanica di questo morbo.

Sopra un tramite prettamente scientifico si svolsero le consecutive indagini, nelle quali si tentò di trasmettere l'affesione da una specie di animali all'altra, e finanche all'uomo, e di dimo strare non soltanto il potere contagioso, ma anche l'agente patogeno. L'osservazione clinica di molti anni aveva insegnato, che l'affezione può essere trasmessa all'uomo con l'uso del latte, e forse anche mediante il contatto di fer te cutannes col muco ed altre secrezioni dell'animale infetto.

Molto importanto sembra il fatto, accertato per la prima volta dal Bollinger, cioè che il rispettivo bacillo debba essere contenuto nel sangue dei bovini infermi. Bollinger inocalò il sangue di dieci vacche inferme alle cavie. Di queste ne mori una; da ciò egli trae la conseguenza, cha nel sangue debba essera il virus, quantunque ciò non accada sempre. Gli autori banno eseguito una vasta serie di esperimenti, somministrando, con gli alimenti, sangue di vacche e vitelli, che da poco tempo erano etati colpiti dalla malattia ed hanno sempre determinato la morte dell'animale inoculato. Essi insistono nel far rilevare la grande entità di questi esperimenti, perchè, essendo s ata constatata l'infezione col sangue, le ricer he batteriologiche debbono essere assolutamente rivolte su di esso. In fatti,

dicono essi, la costanza del reperto batteriologico del sangue deve probabilmente condurre allo scopo. molto più rapidamente che non gli esperimenti per isolare un bacillo specifico da quel miscuglio di batteri, che esiste finanche normalmente nella saliva, come pure di altre secrezioni di animali infermi.

Fin'dall'inisio dell'èra batteriologica, troviamo una vasta serie di lavori, i quali hanno per obbiettivo di accertare l'agente patogeno di questa malattia nell'uomo e negli animali. H a d i nger, Flemming e Spinola affermarono di avere constatato, nelle loro indagini, forme analoghe all'otdium africans nelle ulcere di animali colpiti da tale malattia. Identiche forme di funghi furono accertate da Zürn nel secreto delle ulcere, ma giammai nel contenuto delle vescicole. Nel 1871 Bender descrisse un parasita, da lui rinveruto nelle ulcere dei bovini infermi, le spore del quale mostravano una peculiare epispora. Con le culture si svilupparono micrococchi, artrococchi e criptococchi. De m m e vide forme di leptothrix sulle ulcere di bovini infermi. Micrococchi furono riscontrati da Rivolta e da Nosotti nel contenuto delle vesciche, e a Nosotti sarebbe perfino riuscito di riprodurze la malattia in bovini sani, inoculando loro culture pure di questo micrococco. Nel 1891 Siegel descrisse uno speciale batterio, che egli avrebbe trovato costantemente nel sangue di individui morti per stomatite aftosa. Nel 1894, Kurth pubblico le ricerche batteriologiche da lui istituite sopra questa malattia, ed affermò di aver rinvenuto, come agente patogeno, uno streptococco involuto; Rosenell trovo nella gengiva di un individuo ammalato di scorbuto, un batterio, che Kruse ritenne, probabilmente, come identico al batterio descritto da Siegel nella stomatite aftosa. Fra tutti gli autori, che hanno istituito ricerche per constatare l'agente patogeno della stomatite aftosa, quelli che hanno ese-guito una vasta serie di inoculazioni con i batteri, da essi isolati, sono Libbertz, Klein,

Schottelius, Kurth e Siegel.
I risultati di Libbertz furono assolutamente negativi, giacche le inoculazioni dei micrococchi, da lui isolati, non diedero alcun risultato. Schottelius isolodal contenuto delle vescicole alcuni parasiti, rispetto ai quali non potette accertare se trattavasi di batteri, plasmodi o simili. Codesti parasiti possedevano in parte pseudopodi. Si sviluppavano bene alla temperatura di 370.290. I risultati dell' inoculazione agli animali furono negativi. Anche Kurth ebbe risultati negativi dalle inoculazioni da lui praticate. Si e g e l ebbe risultati positivi col batterio da lui riscontrato, il quale presentava alcuni caratteri simiglianti a quelli del bacterium coli commune, ma se ne distingueva per altri. Tuttavia, con i suoi esperimenti non riusci a dare una pruova irrefragabile del suo asserto, cioè che la stomtite aftosa dell'uomo e quella degli animali, sarabbero provocate da un solo e medesimo microrganismo. Inoltre, per quanto risulta

dalle descrizioni, che egli ha date, non tembra dimostrato con evidenza, che l'affezione, prodotta negli animali, sopra i quali esegui i suoi esperimenti, sia stata realmente la stomatite aftosa.

Al principio del 1896, fu accolto nella Clinica Rino-Laringojatrica di Fraenkel, un infermo il quale presentava una sindrome, analoga a quella della stomatite aftosa. Dal contenuto delle vescicole, dal secreto delle ulcere e dalla saliva (durante la vita), nonchè dagli organi e dal sangue (dopo la morte), Bussenius isolò un batterio, il quale rassomigliava a quello descritto dal Siegel.

Una cultura pura di questo bacillo fu inoculata ad un giovane vitello, che mori al quarto

giorno dopo l'inoculazione.

Dal sangue del cuore di quest'animale, si riusci ad isolare questo bacillo, ed ottenerne culture pure. Sventuratamente, per cause estrinseche, non fu allora possibile di proseguire gli esperimenti nella scuola di veterinaria. Ciò malgrado, gli autori continuarono le loro indagini, per isolare, con la massima precisione possibile, il batterio patogeno, dagli altri, insieme ai quali presentavasi unito, riserbandosi di proseguire gli esperimenti di inoculazione, tostochè sarebbe occorsa un'occasione propizia. In queste ricerche essi ebbero ripetutamente a constatare la grande difficoltà di distinguere, dal punto di vista culturale, il bacteriorum coli commune, dal microrganismo che avevano isolato. Ciò li indusse ad esaminare se il bacteriumcoli commune, isolato da fecce normali e da fecce diarrioche di bambini e di adulti, fosse patogeno per i grossi animali, sui quali facevano le ricerche per riprodurre la stomatite aftosa.

Però, il risultato di questi esperimenti fu assolutamente negativo. Parimenti si aveva risultamento negativo allorche il bacteriumcoli commune veniva inoculato insieme a streptococchi.

In questo mentre, gli autori ebbero a curare alcuni bambini, i quali erano affetti da leggiera stomatite aftosa, ma presentavano un forte ptialismo.

Essi utilizzarono questa occasione, sia per intraprendere di nuovo il tentativo di isolare batteri specifici dalla saliva, sia per esaminare la virulenza di questa saliva negli animali. Dopo lunghe e laboriosissime ricerche, nelle quali riusci loro isolare un bacillo specifico, si decisero, in ultimo, di tentare un esperimento diretto sugli animali, con la saliva di quei bambini infermi. Con una siringa di Pravaz sterilizzata, aspirarono, dalla bocca di alcuni di quei bambini, la saliva, e la introdussero per la via della bocca ad un cane, ad un gallo, ad una pecora, a due polli e ad un vitello. Laddove il cane, il gatto e la pecora non reagirono punto alla inoculazione, i polli ed il vitello ammalarono. I due giovani polli ammalarono, senza presentare fenomeni patologici specifici, di grave entità; le loro fecce erano sanguinolente.

Al decimo giorno l'affezione aveva raggiunto l'acme. Dal sangue si potettero ottenere culture di quel bacillo che stava nella saliva injettata.

stava in ottime condizioni sanitarie, e la sua temperatura ascendeva a 38°,6. Al secondo giorno dall'inoculazione era ammalato, e prese pochissimo

La parte anteriore del dorso del naso era tumida, e da essa gemeva un secreto. Inoltre, l'animale cacciava un poco di baya. Dopo 24 ore, sulla parte tumida del naso vi erano due vescicole sierose, ed alcune perdite di sostanza epiteliale, grosse quanto una lenticchia. Al quarto giorno apparve la diarrea; la temperatura persisteva allo stesso grado. L'animale per lo più stava a terra accovacciato. Nella bocca, oltre al rossore della mucosa, non si constata 7ano në vescicole, në ulcere.

In quel giorno la temperatura scese di un grado. Al quinto giorno, all'animale (che già nel giorno prima aveva rifiutato l'alimento), mentre era narcotizzato, fu aperto il corpo, e gli furono aspor-

tati il cuore, i reni e la milza.

L'esame batteriologico di questo materiale fece constatare il piccolo bacillo ovoide specifico, nel sangue del euore e della milza, e del rene. E' evidente, che questo esperimento dimostrava la trasmissibilità di questa malattia dall'uomo allo animale.

Al 5 novembre del 1896 gli autori ebbero occasione di osservare a Schulzendorf una piccola epidemia di stomatite aftosa, mentre essa era

sul declinare.

Di tre vacche, gli autori raccolsero la saliva, e di una vacca raccolsero anche il latte, lo sterco, il sangue e l'urina. Questo materiale fu raccolto in vasi sterilizzati, e di esso furono fatte culture in brodo, agar, gelatina. Già dopo 24 ore, le piastrine di agar e siero sanguigno presentavano un rigoglioso sviluppo di grosse colonie bian. che, in m-zzo alle quali si constatavano numerosi punticini bianco-azzurrognoli grossi al di la di una capocchia di spillo. Fu subito constatato che le grosse colonie bianche erano costituite da un agglomerato di funghi del lievito. Nei preparatidei punticini bianchi fu accertato un elegante sviluppo di colonie, dei piccoli bacilli ovoidi. Anche nel brodo si ottenne lo stesso bacillo in cultura pura. L'esame a goccia pendente fece rilevare una flora di svariatissimi elementi, a partire dai filamenti di leptothrix fino a minutissimi cocchi.

Al 5 decembre del 1896, essendo scoppiata una epidemia di stomatite aftosa, a Backow, presso Berlino, gli autori visi recarono, ed ebbero ivi occasione di eseguire una vasta serie di ricerche batteriologiche, le quali furono coronate da un

risultato positivo.

L'esame batteriologico della saliva e del sangue, attinto dall'orecchio di due vacche, fece rilevarne il piccolo bacillo ovoide specifico, che era stato constatato in tutte le ricerche precedenti. Nė meno favorevoli furono i risultamenti, ottenati a Britz, dove da una vacca furono raccolti in tubicini contenenti brodo, la saliva, il contenuto delle vescicole, il secreto delle ulcere ed il sangue. Tutto ciò fu eseguito con la massima In quanto al vitello, esso, prima dell'inoculazione, [scrupolosità ed accuratezza possibile. L'esame batteriologico del sangue e della saliva diede un risultamento positivo in riguardo al piccolo bacillo ovoide specifico, negativo in quanto al secreto dell'ucera.

Incltre, dal contenuto delle vescicole, gli autori riuscirono ad ottenere, in cultura pura, il ba-

cillo specifico.

Con le culture pure, fresche, ottenute ia queste ricerche batteriologiche, gli autori eseguirono esperimenti di inoculazione, che diedero risultati

degni di nota.

Al 22 novembre 1896, ad un vitello sano, nato da 14 giorni, fu injettata una cultura in brodo di bacilli, isolati dal sangue di una vacca affetta da stomatite aftosa. La quantità del liquido injettato ascese a 10 cc. Il 24 novembre apparve una tumefazione della parte superiore del palato; il 26 novembre si videro alcune vescicole sulle narici, ed il 27 novembre all'animale, che già era esaurito da profuse diarree, fu aperto il corpo, nella narcosi cloroformica, e gli furono asportati il cuore, la milza ed i reni. L'esame batteriologico di questi organi, fece rilevare, con la massima evidenza, il bacillo specifico ovoide.

Con 2 cc. della cultura in brodo, ottenuta da questo vitello, fu inoculato, al 4 decembre, un secondo vitello. Al 9 decembre si notarono sulle narici alcune pustole, men re apparivano ulcere sul labbro superiore e sulla gengiva del mascellare inferiore, che era fortemente tumefatta. Indi apparvero ulcere anche sul labbro superiore. Lo animale presentava con evidenza il quadro della stomatite aftosa.

Al 25 decembre si inocula, ad un giovine majale, 1 cc. di una cultura in brodo, ottenuta dal contecuto della pustola di una vacca, affetta da stomatite aftosa. Prima dell' inoculazione, il majale era in ottime condizioni di salute. Al 29 decembre, egli apparve ammalato, mangiava poco,

ed a stento si reggeva sui piedi.

Al 80 decembre fu constatato sul grugno una piccola bolla, con margini arrossiti; nel giorno seguente essa si ruppe ed ulcerò. Dopo alcuni giorni, l'animale si riebbe, ed il 8 g nnaio del 1897 mangiò con appetito l'alimento, che gli fu somministrato. Al 5 gennaio, l'animale fu osservato da un veterinario di Rixdorf, il quale, dopo aver constatato tutte le alterazioni (pustole, ulcerazioni, ecc.), affermo che si poteva stabilire con probabilità, la diagnosi di stomatite aftosa-

Gli autori si ricerbano di descrivere minutamente i caratteri morfologici e culturali del bacillo specifico da essi rinvenuto. Benche i risultati di tutte le ricerche batteriologiche, che finora hanno eseguito sopra quest'argomento, sieno consoni ed univoci, e quantunque anche gli esperimenti di inoculazione sieno stati coronati da risultamenti positivi, essi dichiarano di non voler assumere un tono cattedratico e categorico, e sentenziare recisamente, che il bacillo da essi scoverto, sia la causa unica e sola delle stomatite aftosa dell'uomo e dei bovini.

Ritengono, però, che le loro ricerche possano, per lo meno, costituire una base abbastauza salda per future indagini, alle quali sarà devoluto il compito di chiarire definitivamente l'etiologia di questo morbo, la cui intima natura, finora avvolta nella nebbia di ipotesi astratte ed astruse, comincia oggi ad essere chiarita della scorta dell'analisi batteriologica (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 5 e 6, 1897). Meyer

LAVORI ORIGINALI

REPARTO CHIRURGICO DELL' OSPEDALE CIVILE DI MONSELIce diretto dal dott. Guido Turazza.-OSTEO. MIELITE INFETTIVA DELLA TIBIA SINISTRA. AMPUTAZIONE; EMORRAGIE RIPETUTE DEL-LA FEMORALE; GUARIGIONE.

Il 22 settembre 1895 venne accolto nel mio reparto, Zangirolami Luigi, d'anni 16, da Stanghella, villico, uomo di sana e robusta costituzione fisica, senza precedenti ereditari e che non ebbe mai a soffrire malattie degne di nota. Un mese prima circa, egli cadde a terra, producendo i una contusione alla gamba sinistra, che non gli recò gravi molestie e che apparentemente guari in pochi giorni. Il 14 settembre si pose a letto con febbre, tumefazione e dolori all' arto. Riuscite inutili le cure fatte, venne spedito all'ospedale di Monselice. Ivi, giunto verso sera, si riscontra tumefazione della gamba sinistra e del giuccchio, nessuna fluttuazione. dolori fortissimi, leggero arrossimento della pelle, temperatura 39°,8 C. Fomento fenicato.

La mattina successiva, si incidono a strati, lungo la parte interna e superiore della gamba, i tessuti, arrivando sino al periostio, senza riscontrare pus. Inciso il periostio, esce pus denso, sanguinolento; il periostio è scollato per circa 10 cm. La mattina successiva le condizioni sono immutate; seguita la febbre elevata. Con allargamento della prima incisione ed altre controaperture, la tibia si presenta scoperta per i due terzi superiori, con infiltrazione dell'articolazione del ginocchio. Essendo riuscita inutile anche tale cura, la mattina successiva, sentito il parere degli altri colleghi, si addiviene alla decisione di procedere all' amputazione della coscia al 8º inferiore.

L'amputazione la feci a lembi. La tibia asportata era necrosata e scoperta del periostio per quasi tutta la sua estensione, dal terzo inferiore in su: segata trasversalmente in due punti, si trovò il midollo spappolato, arrossato, con pus denso, incapsulato a logge, nel midollo stesso. L'articolazione del ginocchio, ripiena di siero-pus;

infiltrate e staccabili le cartilagini di increstazione, arrossati e tesi i ligamenti.

Ad onta dell' amputazione, le condizioni non migliorarono punto, la febbre continuò fra 39° e 40° C.; dolori diffusi, deperimento generale. Si procedette ad alcune iniezioni di morfina ai lati esterni delle braccia; accusò dolore e tumefazione fra la seconda e prima falange dell' anulare sinistro, in corrispondenza dell' articolazione interfalangea.

Il 5 ottobre (10 giorni dopo l'amputazione), a mezzanotte si manifestò forte emorragia nel moncone, a cui provvisoriamente si applicò un laccio elastico.

Al mio arrivo, tosto chiamato, tolto il laccio (un processo di suppurazione avea già invaso il moncone, da cui tolsi la sutura), m' accorsi come la femorale fosse corrosa nel punto dell' allacciatura al momento dell' operazione, rimisi il laccio e procedetti all'allacciatura con seta, passando in massa i tessuti, a due centimetri più in slto; frenata coel l'emorragia, legati altri vasi sanguinanti, praticai saffamento e fomento fenicato.

Allorché medicai l'ammalato, m'accorsi, nè mali mi apposi, che l'emorragia era data dal fatto che, in seguito al precesso settico, mancava il potere di coagulazione del sangue e di formazione del trombo e chiusura dell'arteria. La gangrena, naturalmente determinata nella parete dell'arteria dalla strettezza della legatura, al distacco trovò non adese le pareti arteriose e non formato il trombo. L'emorragia era naturalmente dovuta alla mancata coagulazione del sangue e quindi, persistendo il grave stato generale, era da aspettarsi, come in fatti avvenne, che, ad una nuova caduta del laccio, si dovesse ripetere l'emorragia. Con tale deduzione sarebbe stato intempestivo legare l'arteria in alto al triangolo di Scarpa, e quindi preferii, di legare l'arteria subito sopra il punto scoperto, per avere ulterioro spazio ad eventuali nuove legature, nel mentre, se l'emorragia si fosse poi determinata alla legatura in alto, oltre che alle difficoltà maggiori di arrestare l'emorragia provvisoriamente, si sarebbe dovuto ricorrere alla legatura dell'iliaca interna, con maggiori pericoli post operativi.

Passati altri 10 giorni, nelle condizioni pressocchè invariate, con febbre, dimagramento, forte suppurazione ed infiltrazione del moncone, la mattina del 16 ottobre, alla medicazione, trovai staccato il laccio e si rinnovò l'emorragia. Posi

un laccio elastico, preparai un pò in alto l'arteria e la vena, le allacciai con filo di seta, e dovetti poscia allacciare la femorale profonda, che dava profusa emorragia. I lembi con ciò rimasero retratti e protrudeva per alcuni centimetri il moncone del femore. Alle braccia intanto si manifestavano due vasti ascessi, che lasciai stare, per le ragioni che addurrò in seguito.

Le condizioni procedettero immutate con continuo deperimento. Le due braccia erano sede di vastissima raccolta. La mattina del 19 ottobre temperatura 37°,8 C.; i lembi avevano un aspetto alquanto migliorato.

Alla sera 88°C. Il 20 mattina 87°,6. Aprii allora i due ascessi al braccio, con uscita di pus prosciolto, con necrosi del connettivo. Il 20 mattina, 370,2 e così di seguito si ebbe sempre apiressia ed i lembi assunsero aspetto rosco granuleggiante. Cenestesi buona. Il 26, si staccarono i lacci, senza emorragia. Ritornò l'appetito la cenestesi era buona. Il 5 novembre 1896, resecai 20 cm. di femore sporgente ed adattai il moncone. Gli ascessi al braccio guarirono regolarmente; all' anulare sinistro si formò necrosi della 1ª falange e poi guarigione. Ora (febbraio 1897) l'individuo è in ottime condizioni, la nutrizione e sviluppo dei tessuti bene repristinati, il moncone (lasciato guarire per seconda intenzione) pressocchè cicatrizzato e, fra breve, uscirà dall' ospedale con apposito apparecchio (arto artificiale).

Questo caso, oltre che per la gravissima forma di osteomielite e setticoemia guarite, è degno di considerazione per due fatti importantissimi, cioè la mancata coagulazione del sangue, d'onde le emorragie della femorale, e l'azione benefica degli ascessi di fissazione alle braccia.

E' un fatto ovvio e conosciuto che le profonde infezioni, oltre che a favorire la fragilità dei vasi, impediscono pure la coagulazione del sangue.

Non entro ora in discussioni fisio patelogiche sulla mancata formazione del trombo e sulla mancata coagulazione del sangue e mi riferisco al fatto pratico osservato, da cui il chirurgo può trarre utilissimi corollari. Ricordo d'aver osservato anni or sono un altro caso di emorragia secondaria della femorale, in una profonda infezione, in un ammalato in cui si dovette per ciò addivenire alla legatura della femorale al triangolo di Scarpa; dopo la legatura si ebbe caduta dell' infezione e l'ammalato guari. Il caso si trova descritto nella Gametta degli ospedali,

1887, n. 50, pag. 894. Ne viene di necessaria conseguenza che il chirurgo deve sempre attentamente invigilare i casi di legature di grossi vasi in un individuo in preda a forte infezione, potendosi avere una emorragia secondaria al momento del distacco del laccio, in media verso il decimo giorno dalla eseguita allacciatura.

Nel nostro pasiente la caduta della febbre e dell'infezione si riferisce alla formazione ed estensione degli ascessi alle braccia. Ivi erano state fatte molteplici iniezioni di morfina e non è improbabile che l'irritazione delle punture e lo stesso liquido iniettato abbiano agito non altrimenti dell' olio di trementina allorche si vogliono produrre gli ascessi di fissazione. Ed in questo caso appunto, avendo avuto indirettamente un effetto di formazione di ascessi, come scientificamente e praticamente è indicato nella produzione di questi a scopo terapentico, lasciai di procedere all'apertura fino a che non ebbi un accenno della caduta del processo infettivo. Ne saprei addebitare ad altro la insperata guarigione di un caso gravissimo come il nostro.

L'asione benefica di questi ascessi, fu per la prima volta provata da Fochier (1) nelle infezioni puerperali. Chantemesse e Marie (2), partendodal fatto clinico, messo in luce prima dal Fochier, e poi da Salmon Thierry, Lèpine (nelle pneumoniti) ed altri, non hanno trovato vantaggi e sembra anzi che abbia prodotto inconvenienti.

Ma Fochier (8) insistette nel pubblicare i suoi benefici risultati. Secondo lui, la ragione dell'efficacia di questo metodo starebbe in ciò, che un focolaio suppurativo rappresenta un mezzo di epurazione del sangue, e che, in mancanza di questa suppurasione salutare, il sangue resta garico di umori nocivi, di materia peccans, la cui permanenza nel torrente circolatorio significa avvelenamento continuo dell'organismo e morte. Nella polmonite abbiamo esempt molteplici di Lépine, Dieulafoy, Raoul, Mercandino, Gingeot, Franc, Bergmann, ecc.

Anche in altre infexioni vi seno moltaplici pubblicazioni, tra le quali son degne di nota quelle sopra gli splendidi risultati ottenuti dal Clorazza (4) sopra due casi di erisipela e due di pustola maligna, guariti con la formazione di ascessi da fissazione.

Non mi dilungo in citazioni ulteriori, nè in discussioni teoriche, relative all'argomento, che si trovano già svolte in tutti i periodici medici; mi basta solo accennare al fatto, e da questo dedurre la possibilità nel mio caso particolare, di una benefica azione degli ascessi da fissazione.

Monselice, 16 febbraio 1897.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società di chirurgia di Parigi. - Sulla diagnosi dei tumori maligni del fegato. - Sulla chirurgia del polmone. - E-softalmo pulsante; legatura della carotide interna. - Gosse esoftalmico; tiroidectomia; morte rapida.-Società degli capadali di Parigi. - Asistolia e respirazione di Cheyne-Stoke. - Avvelenamento da chinina. - Morbo di Morvan. - La rubigina. - Doppio soster bucco-faringeo. - Porpora emorragica.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI Tornate del 7 e 10 febbraio 1897.

Sulla diagnesi dei tumeri maligni dei fegate. Michaux. — Il Tuffier (V. Riforma medios, n. 87, c. a.) in una delle scorse tornate, invocava lo ingorgo dei gangli dell'ilo epatico, quale segno diagnostico delle neoplasie a trista indole del fegato. L'oratore riporta un caso in cui tale assertiva viene completamente abbattuta; si trattava cioè di cirrosi ipertrofica, eppure i gangli erano notevolmente ingrossati. Conchiude col direche la diagnosi dei tumori maligni del fegato è talora impossibile e quasi sempre oscura; d'altra parte, la semplice laparotomia esplorativa, negli individui con tumore del fegato, riesce sempre per sè stessa dannosa.

Ricard e Broca mettono in rilievo gli spiacevoli fatti che si hanno dalla puntura esplorativa del fegato.

Le emorragie che ne seguono sono quasi sempre fatali e la puntura, quindi, riesce molto più dannosa che non la semplice laparotomia.

Salia chirurgia del polmene. — Tuffier da una serie di considerazioni teoriche ed chiettive, conchiude per la necessità di non fare mai ampie aperture sulla pleura; per l'esplorazione diretta si ottengono migliori vantaggi dallo scollamento pleurale. Quanto all'intubazione laringea, l'oratore pensa che si possa fare introdurre impunemente l'aria nei bronchi a patto però di non oltrepassare una certa pressione.

Bazy ripete che lo scollamento non sempre può farsi; allora occorre l'incisione. Anch' egli è del

⁽¹⁾ Accademia di med. di Parigi, 26 aprile 1892. «L'yon mèd.» agosto 1891.

^{(2) «}Le Bull. méd.« n, 44, 1892.

^{(8) «}Le Mercredi méd.» n. 21, 1892.

^{(4) «}La Rivista veneta», anno X, tomo XXI, p. 8 e seg., luglio 1894.

parere che questa debba essera quanto più breve che l'oratore asportò anche l'altro lobo per riè possibile.

Quens in altra tornata, comunicò alcuni suoi lavori sperimentali, da cui si stabiliva la patogenesi infettiva delle sinechia pleurali ; ora dice che le ricerche dei Tuffier hanno confermato il

Quindi l'oratore non sa abbastanza raccomandare di impedire, per quanto si può, in ogni operazione, l'entrata dell'aria nel cavo pleurico. In moiti casi di emormi tumori endotoracici o di pneumotorace grave, l'oratore preferiece ricorrere alla trachectomia preventiva anzi che alla intubasione.

Delerme ritiene inutile l'insufflasione del polmone proposta dal Lambotte, quando si pra-

ticò la pleurotomia.

Egli, in fatti, in un individuo operato di empiema, ed il cui polmone erasi retratto nel mediastino posteriore, petè ottenere l'espansione normale del polmone, tacendo tossire l'infermo.

Dice, poi, che agli esperimenti del Que nu non si può ancora attribuire alcun valore sicuro, poichè essi non sono stati controllati sull' uomo vivo. Da esperimenti personali dell'oratore, fatti sul cadavere con processi speciali, risulta che all'insufissione non può attribuirsi tutto quel valore che vorrebbe il Quénu.

Esoftalme pulcante. Legatura della carotide Interna. Pieque, a nome di Bide, comunica un caso interessante di esoftalmo, osservato in persona di un individuo che si era tirato 4 colpi di rivoltella nella bocca. Dal '91 al '94, esso presento diversi accidenti. Fu osservato da vari chirurgi, e fra gli altri da Gayet e Tillaux, i quali dissero trattarsi di comunicazione stabilitasi tra carotide interna e seno cavernoso.

Aumentando i disturbi, nel 1894 fu accolto l'infermo all'ospedale di Madrid ed il Bide constatò a destra un esoftalmo evidentissimo, con palpitazioni, pulsazioni, vivi dolori, gonfiore ed

iniezione della palpebra.

La visione era integra, mentre dall' altro lato egisteva atrofia pupillare. B i d e pratico l'aliacciatura della carotide, ottenendo risultati soddisfacenti. Tutti i fenomeni morbosi scomparvero in breve tempo e solo l'esoftalmo si ridusse incomplet mente.

Gazzo esoftalmico; tircidectemia; morte rapida. Lèjare in una giovane diciottenne, con enorme gozzo esoftalmico, volie praticare la tiroidectomia previa eteronarcosi. La operazione fu quasi esangue e nella giornata non si ebbe alcun fatto spiacevole; ma alla sera , l'inferma fu colpita da dispnes e morl.

All' autopsia non si rinvenne lesione di nervi, vasi e visceri, e quindi la morte rapida deve attribuirsi ad un avvelenamento bulbare acuto.

Quém in una donna affetta da gosso esoftalmico puro, asportò un lobo di tiroide, legando l'altro per impedire l'emorragia; ma scioltasi l'allacciatura, si ebbe tale emorragia per 90 minuti

mediarvi.

Intanto, ben presto si determinarono fatti mixedematosi. L'oratore allera somministrò all'inferma compresse di tiroide di montone e tutto scomparve. La donna fece 18 mesi di tale cura; attualmente il suo stato è valido nonostante abbia avuto una gravidanza complicata ad albuminuris.

Tillaux mentre per lo addietro ammetteva la sola origine traumatica del gozso esoftalmico, ha poi corretto il suo modo di vedere ed attualmente opina che la patogenesi di questa lesione non sia unica.

firmos presenta un bambino operato di lussazione congenita dell' anca ; non permane che un pò di claudicazione.

SOCIETÀ MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI Tornata del 12 febbraio 1897.

Asistolla e respirazione di Cheyne-Steke-Merklen dice che questi 2 disturbi si trovano as. sociati solo nelle miocarditi con artero-sclerosi, In 2 casi da lui osservati , la respirazione di Cheyne-Stoke era strettamente legata all'asistolia. Adoperando la digitale, il fenomeno era provocato ed esagerato momentaneamente, mentre la morfina ne diminul l'intensità e ne favori la scomparsa.

Sembrerebbe, quindi che l'associazione della digitale e della morfina, costituisca una cura palliativa e talvolta curativa dell' asistolia con re-

apirazione di Chevne-Stoke.

Per lo addietro questo disturbo respiratorio era considerato come una prognosi fatale a breve scadenza ; oggi tale affermazione è meno assolute, potendo esso talora modificarsi o sparire.
L' oratore ingiste sulle relazioni della dispuea

di Cheyne-Stoke con l'asistolia, e dice che se la teoria del Traube è la più lusinghiera per spiegare il fatto, non bisogna però dimenticare la sua coesistenza abituale con l'assieme dei fenomeni caratteristici del cervello cardiago (apatia, sonnolensa, talvolta coma, ecc.). Ricorda poi la teoria cerebrale data per spiegare il fenomeno, teoria opposta a quella bulbare. L'oratore non sa come spiegare l'influenza della digitale sulta produzione del disturbo respiratorio e si limita solo a notare la coincidenza del fatto, nonhè la sua neutralizzazione mercè le injesioni ipodermiche di morfina (112 ad 1 etgr. al più).

Avvelenamente da chinina, Gainon.---Un giovane neurastenico avendo tentato di uccidersi inguiando d'un colpo 8 gr. di chinina (solfato) cadde rapidamente in un collasso profondo.

I dus sintomi caratteristici furono: sordità e cacità.

La cofosi fu assoluta fin dai primi momenti : ma poi si attenuò in breve e scomparve nelle yentiquattro ore.

Per contrario la cecità fu totale solo alcune

ore dopo l'ingestione e 15 giorni dopo, la vista era ancora debolissima.

La secrezione urinaria fu soppressa per 11 ore e dopo alcune iniezioni ipodermiche di acqua clorurata, clisteri freddi, ingestione copiosa di caffe, ritornò abbondante.

La temperatura rimase normale, il polso era accelerato a 120 nel 1º giorno e 100 nel 2º.

Questi fonomeni si sono notati altre volte, dopo l'uso di grandi desi di chinina. Essi guariscono rapidamente negli individui a miccardio sano, anche dopo l'assorbimento di 15 gr. (Gia co metti) a 41 gr. (Guersant) di bisolfato di chinina.

Bècière ha osservato un caso di avvelenamento in un medico che, contro nevralgie dentarie, aveva ingerito solo 60 ctgr. di solfato di chinina. Questi ebbe vertigini fortissime ed obnubilamento della vista; però tutto svanì in poche. ore. E' da notare il fatto che il medico aveva preso altre volte dosi simili senza avere il menomo disturbo.

Lermoyes dice che negli individui con lesioni labirintiche, dosi minime di chinina bastano a produrre accessi di vertigini.

Morbe di Mervan. Marinesco ha avuto occasione di fare la sezione necroscopica di un individuo affetto da morbo di Morvan, settantaduenne, che Charcot presentò nel 1890 alla sua Clinica e la cui storia fa riportata da allievi suoi.

Nell'individuo in parola, il patereccio analgesico era localizzato alla mano sinistra e non vi era atrofia muscolare.

All'esame microscopico l'oratore trovò una cavità quasi triangolare, che dalla 6ª radice cervicale giungeva fino alla 6ª dorsale. Le lesioni midollari occupavano principalmente la commissura posteriore di sinistra, lasciando quasi intatto il corno anteriore.

L'interessante del caso sta nel fatto che con i disturbi trofici localizzati alla mano sinistra, si trovarono lesioni in certo modo localizzate al corno posteriore sinistro.

Quindi si può inferire che le alterazioni midollari che producono il morbo di Morvan, hanno la loro sede principale nel corno posteriore.

Inoltre questa autopsia avvalora l'ipotesi di coloro che, al pari di Charcot, fanno rientrare il morbo di Morvan nella siringomielia e che questa sia dovuta ad una malformazione midollare, ad una mielite peri-ependimale o ad un glioma midollare.

Janeime ricorda a tale proposito che alcuni autori riuniscono in una sola descrizione non solo il morbo di Morvan e la siringomielia, ma puranco la lepra, in cui essi intravedono una forma attenuata.

La rubigisa. Ausher e Lapleque dànno tale denominazione al pigmento cora. Essi hanno potuto produrlo sperimentalmente nei cani, iniettando loro sangue nelle cavità sierose e nel tessuto

connettivo. In questi casi però appare (in capo ad 1 mese) prima nei gangli, nella milsa nella midolla osses, e solo dopo nel fegato.

Da ciò gli oratori deducono che la rubigina o pigmento ocra non sia elaborata dai parenchimi glandulari, ma piuttosto degli organi linfoidi e specialmente dai ieucociti.

Dopple zester bucco-fariagee. Lermoyez e Barezzi riportano un caso di zona dopplo buccofariageo, perfettamente simmetrico, osservato in un vecchio settantottenne. Per la simmetria essi lo pongono in relazione con la 2º branca del trigemino.

Perpera emerragica. Millard comunica un caso di porpora emorragica ribelle, ma seguito da guarigione, in cui il coagulo sanguigno non era retrattile. Tale fatto avvalora le osservazioni riportate dal Bensaude in una tornata dello scorso gennaio.

Hayem, al contrario, dice che nella sua Clinica ebbe un tisico con porpora evidentemente cachettica, non già emorragica, ebbene anche in tale infermo il coagulo non è retrattile.

Quindi non si può ritenere che la non retrattilità del coagulo sia carattere specifico della porpora emorragica.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica medica di Bordeaux (Dr. Carrière). Un caso di cancro esofageo

Se è comunemente facile nella pratica il fare disgnosi di tumore del mediastino, quando in un infermo si osservano i segni della compressione degli organi siti in questa regione, non è lo stesso quando si vuole spingere l'analisi oltre e sapere quale è la varietà del tumore in presenza del quale ci si trova. I sintomi funzionali, gli stessi sintomi fisici, sono quasi identici nell'aneurisma dell'aorta, nell'adenopatia tracheo-bronchiale e nei tumori benigni e maligni degli organi contenuti nel mediastino; quindi per precisare la diagnosi occorre studiare i particolari dell'osservazione e vedere quale fu l'evoluzione del morbo.

La seguente osservazione raccolta nel reparto del Pitres ce ne offre un esempio chiarissimo.

Uomo sessantenne, di anamnesi muta se si eccettui una polmonite sofferta 7 anni addietro. L'attuale malattia data da circa 9 mesi; l'infermo dice che in seguito ad una viva emozione morale ebbo un senso di violenta costrizione alia gola. Tre mesi dopo, d'un colpo divenne afono mentre progressivamente si stabiliva la disfagia che diventò completa.

I disturbi respiratori incominciarono 8 mesiaddietro (tosse con espettorato) non singhiosso, non vomiti, non palpitazioni, non tosse convulsiva.

. Da 2 mesi si è stabilito un dimagramento che ora è notevolissimo.

L'individue, scarne, a livelle dell'articolazione condre-costale della 2º costela, mentre gli altri spazi intercostali erane infessati, presentava un enfiate evidentissimo all'ispezione ed al palpamente.

In questa regione non furono mai percepite pulsazioni secondarie; esistevano però pulsazioni epigastriche molto accentuate, pulsazioni le quali si espandevano sotto l'arcata costale a sinistra come se tutto il cuore fosse stato respinto verso la parte inferiore della gabbia toracica. Alla percussione il cuore al ritrovò ipertrofico ed abbassato ma l'ottusità precordiale era sormontata da una sona d'ottusità più pronunciata, la quale si estendeva fino alla forchetta sternale. All'assoltazione, i toni cardiaci erano în parte mascherati da rumori tracheali propagati. Sul focolaio d'ascoltazione dell'orificio sortico si ascoltava un soffio a primo tempo, rude, il quale si propagava verso l'articolazione sterno-clavicolare sinistra ed aveva il suo maximum d'intensità in tutta l'estensione della zona ottuga precitata. Il polso radiale di destra era molto più forte di quello di sinistra, il quale laggiava notare un evidente ritardo sul precedente.

Il dito introdotto dietro la forchetta sternale percepiva chiaramente le pulsazioni arteriose isocrone alia sistole cardinca e notava una ipertensione della succlavia sinistra.

L'infermo era assolutamente afono.

L'esame laringoscopico fece constatare paralisi completa delle corde vocali a sinistra e spasmo parziale di quelle di destra. L'esame dello espettorato vi scopri moltissimi bacilli bastonciniformi, analoghi morfologicamente a quelli del colon.

All'ascoltazione, il murmure vescicolare era per ritmo normale, ma in parte coverto dalle vibrazioni laringo-tracheali, e da grossi ronchi e sibili disseminati per tutta l'estensione del polmone tanto in avanti che in dietro.

In dietro nella regione inter-scapulo-vertebrale che po si ascoltava un soffio bronchiale nettissimo; in questa sona la sonorità era diminuita e le vibrazioni toraciche lievemente esagerate; abbracciando il laringe tra pollice ed indice si percepivano distintissime pulsazioni isocrone alla sitiamo?

stole cardiaca ma che non erano punto modificate dalle profonde inspirasioni. Lingua saburgalo, appetito vivissimo con ripugnanza per la carna, che del resto non avrebbe potutofessere ingoiata, potendo appena appena essere ingoiati i liquidi. Impossibile attraversare con una sonda l'esofago; cosa si arrectava a 22 cm. dietro le arcate dentarie per uno ostacolo insuperabile.

La sonda non portava seco alcun frammento. Non vomiti, non diarrea, non singhiosso. Urine scarse, rosse, sedimentose, però normali; solo notavasi ipoazoturia. Fegato normale.

Nulla da parte del sistema nervoso.

Tali sono i sintomi in presenza del quali ci troviamo. Solo basandoci sui disturbi laringei, sulla disfagia, sui sintomi constatati da parte dello apparato respiratorio, noi abbiam fatto diaguosi di tumore mediastinico.

Ma di quale natura era questo tumore?

La nostra diagnosi in principlo fu sviata dalla poca precisione delle risposte date dall'ammalato circa il modo come si era determinata la malattia.

Difatti egli disse che d'un colpo, brascamente si era sviluppata, distro una forte emezione merale.

Ed aliora, trovandoci di fronte ad un inizio brusco, ad un soffio sistolico, al ritardo ed alla picciolezza del poleo radiale sinistro all' ipertensione della succiavia ed alla elevazione dell' arco sortico, noi pensammo ad una dilatazione aneurismatica sopraggiunta in seguito ad una emozione in un individuo manifestamente artero-solarotico. La sede dell'ottusità precedentemente descritta sembrava confermare queeta ipotesi.

Ma se la dilatazione aneurismatica dell'arco aortico è capace di comprimere i ricorrenti e determinare così la paralisi delle corde vocali, è raro che esso possa produrre la disfagia; supoi il cateterismo esofageo riesce sempre e si possono per l'intermediario del catetere percepire benissimo le pulsazioni aneurismatiche.

Un aneurisma tanto voluminoso da produrre la disfagia, d'altra parte, avrebbe dato luogo a pulsazioni secondarie percettibili allo esterno ed a soffi più o meno intensi.

Qui non abbiemo trovato ne pulsazioni ne solievamenti tracheali, ma solo un soffio aspro, che possiamo attribuire ad un restringimento aortico.

Inoltre, se ci trovassimo in presenza di un ancurisma dell'arco acrtico a che cosa attribuiro l'espettorato puralento e fetido che noi constatiamo?

Dopo molto esitare, dopo un esame minuto dello infermo, dopo un nuovo interrogatorio, abbiamo abbandonata l'ipotesi di aneurisma e, data la disfagia estrema, abbiamo pensato ad una neoplasia dell'esofago tanto più che negli ultimi giorni di vita dell'infermo, la disfagia scomparve e questi potè ingoiare perfettamente bene liquidi e solidi.

La modificacione della disfagia, il ritorno della permeabilità del condotto esofageo, è un segno di alto valore diagnostico. Ciò prova in fatti che l'esofago non è obliterato per una compressione estrinseca, ma che l'obliterazione è dovuta ad una causa cavitaria o parietale, sopra tutto quando dura per molto tempo e non si trova nell'anamnesi il ricordo di un corpo estraneo.

In fatti bisogna, nell'evoluzione del cancro esofageo, distinguere due periodi ben distinti; nel 1º si ha stenosi del lume per le vegetazioni esuberanti, mentre nel 2º, in seguito alla necrosi ed alla distruzione delle vegetazioni epiteliomatose, la permeabilità si ristabilisce.

Ma queste due fasi bene distinte durante l'evolusione clinica del cancro del retto, sono meno apparenti in quella del cancro esofageo, affezione in cui la morte sopraggiunge rapidissimamente per inanizione.

Qui il fatto fu evidente e dopo averlo constatato, non esitammo più un momento a far diagnosi di cancro esofageo, con compressione del ricerrente di sinistra, dell'aorta e dei tronco brachio-cefalico sinistro.

Dopo tre giorni dalla scomparsa della disfagia l'infermo mori presentando dispuea enorme e fenomeni di asfissia che le inalazioni di ossigeno furono impotenti a combattere e che noi ritenemmo esser causati dalle abbondanti mucosità purulente contenute nei bronchi e nei polmoni.

L'autopsia eseguita 24 ore dopo la morte fece notare: cuore abbassato ed ipertrofico, il: quale spingeva il diaframma verso l'addome; polmoni edematosi e congesti a zone; la parte superiore del mediastino era occupata da un tessuto duro, resistente, formato da voluminosi gangli addossati in guisa da fermare un vero tumore lobulato in mezzo a cui erano rinchiusi tutti'gli organi importanti della regione. La trachea era spinta in avanti e formava (a livello della forchetta sternsse) una curva a convessità anteriore; i bronchi, circondati dalle masse ganglionari erano deformati, appiattiti qua e là.

Anche l'aorta era compressa dall'adenopatia a jivello della parte orizzontale dell'arco tra le origini del tronco innominato e brachio-cefalico.

L'esofago era assolutamente irriconoscibile; al suo posto si trovava una massa bernoccoluta la quale si estendeva dal faringe al cardia ad era intimamente aderente alla colonna vertebrale da un lato ed alla trachea dall'altra; da questa parte l'aderensa era tanto intima che a stento poterono essere dissecati i 2 canali. Aperto l'esofago si trovò il suo lume completamente obliterato da bottoni epiteliomatosi esuberanti, i quali lasciavano un lume in cui appena poteva passare una penna d'oca; l'orificio inferiore benche un pò più largo, presentava anche obliterasione da noduli cancerigni.

Tutto il lume esofageo era analogamente occluso ove più ove meno. Non esisteva più traccia di mucosa. La spessezza delle pareti era 4 a 6 volte quella normale e queste risultavano di un tessuto biancastro, melle, in alcuni punti quasi caseoso.

La trachea era coinvolta nel tumore ed a circa 7 centimetri in sotto della glottide si notava un seno fistoloso che metteva in comunicazione i due canali esofageo e tracheale.

L'aorta, ravvolta anch'essa, presentava al principio della porsione discendente, un restringimento che lasciava passare appena una penna di oca. Non fu possibile isolare il ricorrente sinistro poichè esso si perdeva nel neoplasma; quello di destra era solamente spostato verso fuori. Gli altri organi sembravano sani.

L'esame istologico dimostrò trattarsi di un epitelioma pavimentoso lobulato.

Il caso è interessante per parecchi fatti.

Importante è la brusca comparsa dei sintomi che può sviare la diagnosi, ed anche l'aia di ottusità, sita al disopra di quella cardiaca.

L'esistenza dello arcuamento a livello della 2ª cartilagine costale, che si riscontra solo nagli aneurismi del mediastino, è rarissima ad osservarsi nei cancri esofagei.

L'abbassamento del cuore è anche poco frequente quando manca un versamento pleuritico. Importante eziandio è la stenosi aortica da causa estrinseca, capace di simulare il vero restringimento aortico.

Finalmente la sede della neoplasia e della compressione aortica ci spiega egualmente la diminuzione unilaterale del polso radiale.

Anche la pulsazione laringo-tracheale fu spiegata dalla sede del tumore in rapporto al laringe (Archives cliniques de Bordeaux, n. 1, 1897).

Hacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA

La tubercolosi delle ghiandole salivari.

O' Zeux.—La tubercolosi delle glandule salivari è un'affezione rarissima e benche alcuni abbiano detto che essa non si sia mai osservata clinicamente, pure il Valude ha potuto sperimentalmente ottenerla mercè inoculazioni dirette di culture tubercolari.

Il Valude attribuisce alla miscela della saliva delle tre specie di glandule, proprietà chimiche tali da impedire che il bacillo di Koch possa prosperarvi, ne vivere, ma riconosce che ciò è ancora un' ipotesi e preferisce di attribuire ai comuni microbii boccali un antagonismo, per cui i bacilli tubercolari muoiono; quindi ogni inoculazione locale è difficilissima e la mucosa boccale e le glandule salivari restano risparmiate.

Perchè l'affezione che si localizza tanto facilmente nell'addome, non si determina poi nel cavo orale?

L'autore ritiene che la relativa rarità delle localizzazioni tubercolari nel primo tratto delle vie digerenti, sia dovuto al troppo breve soffermarviai dei veicoli del virus.

In fatti, noi automaticamente, di tanto in tanto deglutiamo; eppoi, mangiando, fumando, quel tale contatto (riconosciuto da tutti necessario perchè una infezione possa manifestarsi) vien meno, il bacillo specifico va via e la lesione non si determina.

In vero, noi vediamo che già al faringe la localizzazione tubercolare è più frequente, per diventare poi frequentissima nello intestino.

Appoi, stando all'asserto dello stesso Koch, per pullulare, i bacilli tubercolari han bisogno di un terreno sufficientemente immobile.

Bisogna peraltro tener conto eziandio dell'infezione generale; ma anche dallo studio di questa, risulta che rara è la localizzazione nelle ghiandole salivari e che ciò costituisce una bizzarria della natura, per ora inesplicata.

Ma, la tubercolosi di dette ghiandole è poi tanto rara per quanto si crede, oppure si attribuiscono in certi casi ad una adenite vicina, i fatti morbosi che appartengono ad un' invasione specifica delle ghiandole salivari?

L'autore ritiene che ciò accada di frequente e, precipuamente a causa del falso convincimento dei medici sulla estrema rarità della tubercolosi salivare.

In fatti, da quando si è incominciato a richiamare l'attenzione sulla parotite specifica tubercolare, i casi riportati si moltiplicarono. Autentici sono i casi riferiti da Stubenrauch, Legueu e Marien, de Paoli.

L'autore in 4 anni ne ha potuto csservare 2 casi all'ospedale dei bambini in Bordeaux, evidentissimi. Erano colpite le glandule sottomascellari e la diagnosi potè esser fatta solo, quando,

incisa la regione, volle cadere nella ghiandola per dare esito alla sostanza puriforme.

La diagnosi per sè stessa è alquanto imbarazzante. Bisogna tener conto che l'invasione primitiva della ghiandola è rara.

Difficile è dire se si tratti di tubercolosi acuta della sottomascellare o di una infezione primitiva di essa, per altri microbii; solo se sono colpite tutte le glandole si può pensare ad una infezione non tubercolare.

Quanto alla degenerazione per tumore benigno, il decorso stesso dei fenomeni è un eccellente punto di ritrovo.

Quando la tubercolosi sottomascellare è primitiva, la sua sintomatologia si confonde quasi con quella di una adenite della regione; però intorno alla glandula stessa si nota peri-adenite (nel primo caso) e la tumefazione ha margini irregolari. Il dolore è vivo e continuo, la tebbre esiste, ma è di breve durata, la suppurazione è scarsissima e sierosa.

Infine, e ciò è capitale per la diagnosi, il cucchiaio trova un tessuto duro, resistente, stridente e trasporta seco lobuli ghiandolari di aspetto tipico.

Nella forma secondaria, per converso, l'evoluzione dei fenomeni è lenta (infiltramento, degenerazione da fuori in dentro), e siccome non si ha ritenzione di pus, non v'ha dolore, nè gonfore della glandula o dei tessuti vicini.

La cura è la stessa di quella per le tubercolosi locali, cioè il raschiamento generoso e precoce. La guarigione è stentata e non bisogna esitare, se tarda molto, a ricorrere ad un secondo intervento (Archives cliniques de Bordeaux, n. 1 1897).

Us caso di tumore maligne dei retto; perforazione; morte; autopsia. Rider. — Trattasi d'una donna di 60 anni, la quale per alcuni mesi avea sofferto di costipazione alternata a diarrea. Le fecce erano state spesse volte sanguinolente. L'inferma non avea mai sofferto di affezioni vescicali o uterine. Di quando in quando vi erano stati dolori ottusi nella regione sactale. Eredità negativa. Improvvisamente la paziente fu colta, una mattina, da fortiseimi dolori addominali. L'autore, chiamato al letto dell'inferma, osservò quanto segue:

l'ammalata stava in decubito dorsale, con gli arti inferiori flessi sull'addome. I lineamenti del viso erano contratti, esprimenti la sofferenza. Le estremità erano fredde. Il polso era molto debole e dava 90 battiti al minuto. Respirazione 24, a tipo non spiccatamento costale. Temperatura 86°,& Lingua arida, coperta d'una spessa patina biancastra. Addome timpanitico, dolente alla pressione in tutte le sue parti, ma specialmente intorno all'ombelico. Nella fossa iliaca destra palpavasi una tumefazione grande quanto un pugno. Assenza di edemi alle gambe. Esplorazione vaginale e rettale negativa. Si fece diagnosi di tumore maligno del grosso intestino, probabilmente del retto, con ostruzione intestinale secondaria. L'inferma fu prontamente invinta all'ospedale per

ore dopo, prima che si potesse procedere all'ope-

Ali'autopsia si constatarono i seguenti fatti: assenza di gas nel cavo peritoneale. Nello spazio di Douglas vi era circa mezz'oncia di liquido brunastro, di odore fecale. La parte superiore del retto era occupata in tutta la sua circonferenza, da una voluminosa neoplasia, a livello della quale il lume dell'intestino era quasi del i tutto obliterato.

Alla parte sinistra, il tumore presentava una ulcerazione recente ed una perforazione capace di lasciar passare il catetere n. 8. Non si trovarono metastasi in alcun organo. Il tumore non fu esaminato microscopicamente ma esso aveva tutte le apparenze d'un canoro (The Lancet, 18 febbraio 1897). Loddo

Un esse di epilessia trasmatica; trapanazione; miglieramento. Newboit.--L'infermo è un uomo sulla quarantina, marinaio. Il 18 decembre 1888, nel fare una manovra sul ponte della nave fu colpito dall'estremità d'una catena alla parte destra della testa e riportò una frattura comminuta del cranio, con uscita di sostanza cerebrale e di sangue.

Il pasiente fu condot to all' ospedale; ivi si constatò la presenza d'una profonda ferita, grande circa quanto uno scudo d'argento e situata meszo pollice in sopra ed indietro del condotto uditi-Vo esterno.

Eterizzato l'infermo, si asportò dalla ferita un frammento osseo abbastanza grande ed altri più piccoli, e dopo avere ben deterso la perdita di sostanza, la si chiuse, per quanto era possibile, giacchè le parti molli non erano sufficienti a coprirla completamente. Il pasiente ebbe violento delirio per quattro giorni, ma poi incominciò man mano a migliorare. Il 27 gennaio 1889, egli lasciò il letto per la prima volta, e disse che il giorno innanzi aveva ricuperato tutto ad un tratto la sua memoria.

Tre giorni dopo, le sue funzioni psichiche erano pienamente ristabilite : l'infermo ricordava tutti gli avvenimenti della sua vita, sino al giorno in cui era occorso l'accidente, ma né di questo nè di quanto era poi accaduto, ricordava cosa alcuna. La superficie granulante della ferita stava a circa 814 di pollice sotto il livello della pelle circostante, e pulsava visibilmente. Il 10 febbraio si esaminò lo stato degli organi visivi. Il fondo dell'occhio era normale; esisteva però emianopsia bilaterale sinistra.

Il 80 marso l'infermo usci dall'ospedale in buonissime condizioni, e queste perdurarono per lo spazio di due anni. Ma verso la fine di marzo dell'anno 1891, l'infermo fu colto un giorno, mentre stava al lavoro, da un accesso epilettico; e d'allora in poi continuò ad avere simili accessi, ad intervalli variabili da due settimane sino a due mesi e meszo.

Gli accessi erano preceduti da una sensazione d'intormentimento e poi di dolore alla parte in-

essere operata; ma sfortunatamente essa morl sei terna del braccio sinistro, da dove il dolore si diffondeva a tutto l'arto.

> Durante l'accesso l'infermo era perfettamente incosciente. Le convulsioni duravano pochi minuti. ma il paziente non ritornava completamente in sè, che dopo circa un quarto d'ora.

Ai primi d'aprile dell'anno 1894, cioè tre anni dopo il principio degli accessi epilettici, l'infermo domando di essere ammesso nell'ospedale Stanly di Liverpool, nella speranza di essere curato della sua malattia, la quale era notevolmente peggiorata e gli rendeva impossibile di trovare clcuna occupazione. Egli, tuttavia, aveva l'apparenza di un uomo sano e forte.

Nel sito dell'antica ferita esisteva una depres- . sione ovale, profonda circa tre quarti di pollice, chiaramente pulsante. Quando l'infermo si metteva in posizione orizzontale, la depressione si colmava, comunque egli girasse la testa. Anche la tosse comunicava un impulso alla parte depressa. Il diametro antero-posteriere della depressione era di un pollice e messo, il diametro verticale di due pollici. Non esisteva alcuna paralisi, vi era però emianopsia, come pure leggiera sordità a sinistra. Il 6 aprile 1885 si procedette all'intervento chirurgico. La testa fu rasa in tutta la sua estensione, e dopo una rigorosa antisepsi, si cloroformizzo l'infermo e si passò ali'operazione, cioè alla trapanazione del cranio, in sopra della parte depressa. Si sollevò un cerchio osseo del diametro d'un pollice e messo; ma le parti sottostanti presentavano un'apparensa normale. Allora si asportarono le parti osses esistenti tra l'apertura fatta col trapano e l'antica depressione. Oltre a ciò si separo lateralmente dai margini ossei di quest' ultima la cicatrice tra essi esistente, ed allora si trovò, in corrispondenza dell'angolo anteriore dell'antica ferita, una scheggia ossea, ed al disotto di essa una piccola ciste. La scheggia fa asportata e si vuotò la piccola cavità cistica. Dopo ottenuta una completa emostasi, si fece la ripiantazione dei pezzi ossei asportati, e si chiuse intieramente la ferita. Questa guari per prima intensione, ed ai primi del successivo maggio, l'infermo lasciò l'ospedale. Le sue condizioni di salute si mantennero ottime sino a 7 mesi dopo l'operazione, cioè sino ai 2 novembre, quando egli ebbe un nuovo accesso epilettico, ma molto leggiero. Un nuovo accesso si produese dopo altri 7 mesi, cioè alla fine di maggio 1895, ed un terzo dopo altri 4 mesi, cioè alla fine di settembre. Da quel tempo sino al 12 marso 1896, quando l'infermo fu os-servato per l'ultima volta, egli non ebbe alcun altro accesso. Persisteva però l'emianopsia, come pure la leggiera sordità dell' orecchio sinistro. I pezzi ossei rimessi a posto si erano perfettamente consolidati. L'antica depressione esisteva tuttora (The Lancet, 18 febbraio 1897).

Loddo

FORMULARIO

Indicazioni e fermule per l'alumnolo secondo Chotzen

- 1. Allo stato puro, in polvere: ulcera molle, ed ulcerazioni veneree diverse.
- 2. In mescolanza con 90 od 80 °[e di talco veneto: balaniti erosive, scottature lievi, polvere protettiva delle suture.
- 8. In soluzione acquesa all' 1 1₁2 p. 100: uretriti aeute, lavanda delle superficie eczematose od acneiche.
- 4. In soluzione alcoolica (2-10 p. 100): orticaria, sicosi, tigna, psoriasi. In questi casi, dopo l'evaporazione
 dell'alcool, che vien colorato in bleu dall'alumnolo,
 la pelle rimane ricoverta di una polvere bianca consistente.
 - 5. In pomata:

Alumnolo	gra.	10
Cererina	>	5
Paraffina liquida	•	85
Lanolina anidra	•	50

6. In mescolanza col collodion:

Collodion	grm. 160
Olio di ricino	20
Alumnolo	> 18

NOTIZIE

La spedizione scientifica tedesca, che si recherà in India per studiare la peste bubonica, è costituita dal prof. Koch, dal prof. Gaffky, dal dott. Dieu donné. La direzione di essa è affidata al prof. Koch che fra due mesi nirea lascerà l'Africa meridionale ove ora trovasi per lo studio della peste bovina.

Pedattore responsable: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Municipio di Montegrimano (Pesaro ed Urbino). — Resasi vacante questa Condotta medico-chirurgica, se ne dichiara aperto il concorso a tutto il corrente mese di febbraio.

Gli aspiranti faranno pervenire a questo municipio, la relativa domanda in carta legale, franca di posta, e corredata dei documenti originali od in copia auten tica.

L'annuo stipendio netto da ricchessa mobile, è fissato in L. 8000, ripartito come segue: L. 1400 per la cura degli abitanti poveri. L. 1400 per la cura della rimanente popolazione, e L. 200 pei servizii di ufficiale sanitario.

Il sanitario godrà inoltre l'uso gratuito di una co moda e decente casa di abitazione.

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manicomio per 8600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadensa 17 marso p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Cattedre universitarie

Purma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una preva pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Consorsio sanitario dei comuni di Pagnacco e Feletto Umberto. — Per volontaria rinuncia del medico condotto dott. Giulio Galea zzo Regis, a tutto il mese di febbraio corrente, resta aperto il concorso di medico chirurgo ostetrico per questa onsorziale condotta.

Lo stipendio annuo, pagabile a dodicesimi posticipati, é di L.:8000, netto di imposta di ricchessa mobile, cc mpreso l'indeniszo pel mantenimento del cavallo.

Il titolare ricevera quale ufficiale sanitario l'indennità di L. 50 per ogni Comune, pagabile a semestri posticipati, oltre il compenso di cent. 25 per ogni vaccinato con esito favorevole.

Occorre aver prestato servizio per un triennio in una condotta, o aver fatto pratica in uno Ospedale civila

Lentate sul Sevese. (Milano) — Medico-chirurgo-ostetrico. Primo stipendio L. 2580 che può arrivare fino a L. 8080, nette da ricchezza mobile. Scadenza 28 febbr.

Monte Fano (Macerata). — Due condotte Medico-chirurgiche con lo stipendio annuo di L. 2800. Obbligo di cavalcatura. Scadenza 28 febbraio.

Melano. Per i farmacisti. Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Torino — R. Opera di Maternità. — Concorso per titoli al posto di medico ostetrico capo. Nomina per 5 anni. Per le altre condizioni, specialmente quella relativa allo stipendio, rivolgersi alla Segreteria dell'Opera. Scadenza 28 febbraio. Sommano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La fagocitosi. — 2. Rivista di Cliniche. Clinica medica della Salpëtrière in Parigi. (prof. Raymond). I. Tabe e sifilide cerebro-epinale. II. Nevriti periferiche;—paralisi del radiale. III. Emi-spasmo facciale. — 8. Diagnostica ematologica. — 4. Notizie — 5. Varietà.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

La fagocitosi

Riportiamo, quesi integralmente, una lezione del Metschnikoff (che, come ognuno se, fu il fondatore della teoria fag citaria) tenute allo Istituto Pasteur e pubblicate nel numero del 17 febbreio corrente della Indèpendance mèdicale.

Noi sappiamo, dice il Metschnikoff, che la penetrazione di un micr rganismo in un elemento anatomico vivente non può essere effettuata che da un parasita dotato di movimenti ameboidi; questi movimenti sono necessari e gli spostamenti bruschi che si osservano in certi vibrioni non potrebbero sostituirli. Il coccidio della malaria ci offre un esempio evidentissimo di questo genere di penetrazione, poichè esso, quando è giovane, presenta uno stadio ameboide che facilita la sua introduzione nel globulo rosso; manella grande maggioranza dei casi, l'azione attiva appartiene alla cellula che afferra il microbio e lo ravvolge, grazie ai movimenti di propulsione e di retrazione del suo protoplasma.

Si dà il nome di fagocitosi ad una reazione speciale dell'organismo contro la invasione microbica: è un'azione di difesa riserbata ad alcu ne categorie di cellule dotate di movimenti ameboidi, capaci di inglobare e digerire i piccoli esseri, la cui presenza nell'economia è dannosa.

Queste cellule furono raggruppate sotto la denominazione generica di fagociti e presentano alcune varietà distruttive, benchè abbiano origine e funzioni comuni.

Le cellule dotate di potere fagocitaria, sono alcune mobili, altre fisse; le prime sono molto più numerose, ma tutte posseggono movimenti ameboidi: questo è il loro carattere essenziale, la condizione indispensabile al loro funzionamento.

I fagociti sono in gran parte composti dai globuli bianchi del sangue e della linfa, donde una certa tendenza ad identificare leucociti e fagociti; bisogna guardarsi da una tale confusione; tutti globuli bianchi non sono fagociti, e fra questi ultimi ve ne ha alcuni che non hanno nulla di comune con i leucociti. Nel sangue, tre elementi si mantengono estranei alla fagocitosi, cioè: i linfociti, le cellule eccinofile e le cellule di Ehrrlich; solo i globuli mono- e poli-nucleati, che rappresentano circa l'80 olo della totalità dei leucociti, hanno potere tagocitico.

I globuli mono-nucleati, sono cellule costituite da un nucleo di forma sferica, ovoidale o a bisaccia, ma sempre unico.

Questo nucleo, ricco di sostanza nucleare, si colora mediocremente con le sostanze coloranti. Il globulo mono nucleato è grosso, ¿ fagocita, ma deriva evidentemente dai linfociti, poichè si hanno forme intermedie di passaggio tra l'uno e gli altri.

I globuli poli-nucleati sono numerosissimi nel sangue; il loro plotoplasma si colora con difficoltà e la sua tinta pallida fa risaltare meglio la torma bizzarra del nucleo; questo, fortemente colorato, appare talvolta diviso in più lobi, talvolta frammentato in tanti segmenti che danno l'aspetto di tanti nuclei distinti.

Il nucleo, però, è sempre unico e ciò si può constatare sfregando con tutta la forza due vetrini l'uno sull'altro; in tal modo si osserva che i vart s-gmenti sono riuniti fra loro mercè esili prolungamenti colorati.

Oltre di queste cellule mobili, esistono nella economia numerose cellule endoteliali fisse, dotate di movimenti ameboidi in sito e di proprietà fagocitaria. Esse, in date condizioni, possono diventare momentaneamente indipendenti, per ritornare ad essere fisse dopo un certo tempo; nell'endotelio vascolare, alveolare, peritoneale, noi troviamo spesso tali cellule confuse con quelle epiteliali; esse sono mononucleari, ameboidi ed offrono alcune analogie con i leucociti mono-nucleari.

Nel fegato questi stessi elementi sono più indipendenti ed hanno movimenti più accentuati; noi li troviamo anche nella milza, nei gangli, nella midolla ossea a fianco di altre cellule non fagocitiche; l'involgimento del microbio, adunque, può aver luogo negli organi come nel sangue e nella linfa, anzi ivi è anche più efficace, poichè il leucocita è fragile mentre la cellula epitelioide è molto più resistente.

Nel gruppo dei fagociti vango ancora le cellule fisse del tessuto connettivale e la cellula nervosa, le cui funzioni incapsulatrici sono particolari solo pel bacillo leproso.

Dal punto di vista della loro costituzione, istologica, si dà il nome di microfagi agli elementi caratterizzati dalla presenza nel loro protoplasma quasi incoloro, di un nucleo segmentato e fortemente colorato.

Questi elementi sono mobili e sono i principali agenti della diapedesi che facilita il frazionamento del nucleo.

Il gruppo dei microfagi comprende solo i leucociti da noi descritti sotto la denominazione di globuli poli-nucleari. Il gruppo dei fagociti macrofagi comprende tutti gli elementi a nucleo unico e grosso, il cui protoplasma si colora forte con i colori basici, leucociti mononucleari del sangue e della linfa mobile, cellule endoteliali, della polpa splenica, dei gangli, della midolla ossea, cellule fisse connettivali.

In generale, fatta astrazione per la cellula nervosa, tutti i fagociti sono di origine mesodermica.

Dal punto di vista delle loro funzioni, microfagi e macrofagi, pare abbiano attribuzioni ben determinate. La loro azione é raramente simultanea ed il più spesso, in dati casi, la fagocitosi è esercitata da un solo di questi agenti. Nelle malattie infettive a forma acuta, a decorso rapido, prevale l'azione dei microfagi; nella febbre ricorrente, entrano in giuoco quasi esclusivamente essi. Nelle affezioni croniche, nelle malattie che si accompagnano a formazioni neoplastiche, si vede al contrario i macrofagi avere l'azione preponderante; i tubercoli leprosi e tubercolari risultano da un conglomerato di cellule macrofaghe e noi sappiamo che la cellula gigante stessa, malgrado la sua apparenza polinucleare, non èche una riunione di cellule mono-nucleate il cui involucro si è riassorbito.

E' facile dimostrare che i fagociti macrofagi e microfagi abbiano il potere includente pei corpi inerti e pei microbi.

Quando s'inietta nelle vene d'un animale una polvere finissima di carminio o di carbone, queste particelle colorate, ben presto si riscontrano incluse nei macrofagi del fegato, della milza e della midolla ossea. Dietro una iniezione di cultura di carbonchio nel sangue del coniglio, si constata che, in capo a 2 minuti il germe specifico si trova già incluso nei fagociti degli organi; un' ora dopo la iniezione, il sangue degli animali da esperimento non contiene neppure più un batterio e (come recentemente ha dimostrato Werigo) questo sangue è ridiventato sterile.

Ma l'intervento dei fag citi non è sempre così rapido nella febbre ricorrente, per es.; esso non ha luogo che solo 5 o 6 giorni dopo l'inizio dell'accesso.

Nel cellulare sottocutaneo, la fagocitosi è anche molto attiva. Se noi prendiamo spore tetaniche, private (con il lavacco e lo scaliamento a 65º) della tossina, e le inoculiamo sotto la cute di un animale sensibile, nell'essudato che si forma al punto d'inoculazione vedremo i fagociti accorrere istantaneamente in tal punto; il loro numero si aumenta senza posa per una attiva diapedesi; essi circondano le spore con una barriera spessa, allungano verso di esse i loro prolungamenti ameboidi, le afferrano e si vedono talvolta includere fino a 80-40 spore per ciascuno e ridurle così all'impotenza. L'animale da esperimento non presenta altro fenomeno morboso che una intensissima reasione locale. Forse che le spore riscaldate e lavate abbiano perduto la loro attività?

No per certo, poichè basta sopprimere l'intervento dei fagociti, per vedere queste stesse spore determinare nell'animale un tetano mortale. Se noi circondiamo queste spore con un po' di carta o con terra sterilizzata, sabbia o gelosio, in guisa da proteggerle dalla voracità dei fagociti e le inoculiamo sotto la cute di una cavia, noi vedremo i fagociti accorrere in massa, accumularsi intorno all'ostacolo insuperabile che li separa dalle spore, le quali, grasie a quest'ostacolo meccanico non saranno incluse, ma invece germineranno; la tossina elaborata allora si diffonde e la cavia morirà di tetano.

Questa protezione meccanica si trova naturalmente realizzata quando s'inocula in un punto una massa troppo considerevole di spore; in questo caso la fagocitosi si eserciterà solo sugli strati periferici della massa, ma prima che quelle centrali non sieno ancor esse ravvolte, esse avranno avuto il tempo di germogliare e di secernere la dose di tossina necessaria ad uccidere l'animale. Analoghi risultati si hanno sostituendo una cultura microbica alle spore tetaniche private della loro tossina. In fatti, la inoculazione ipodermica d'una cultura microbica qualunque, determina sempre un accorrere di fagociti, i quali non si comporteranno allo stesso modo in tutti i casi.

Quando la cultura è virulenta, la dose conveniente e l'animale sensibile, i fagociti si tengono a distanza e non includono i microbi, la reazione locale è nulla o debolissima, si ha un po di edema solamente.

Ma è del tutto diverso quando la cultura iniettata è molto attenuata, oppure si sperimenta su un animale già vaccinato; i fagociti accorrono in massa, afferrazo i microbi, li includono ed al punto di inoculazione si osserva una reazione locale intensissima, diapedesi abbondante, tumefazione, rossore calore e formazione di pus.

L'intensità di questa reazione locale indica la misura dell' intervento fagocitario; essa è la salvaguardia dello organismo e si trova in rapporto inverso con la gravezza della malattia. Quando i fenomeni infiammatori mancano nella zona di inoculazione, il caso è grave; quando si vede apparire una infiammazione molto viva è segno che i fagociti entrano in giuoco e la malattia sarà tanto più benigna per quanto più accentuata è la reazione locale. Questi esperimenti ripetuti con differenti culture microbiche hanno s mpre dato risultati identici.

Nell' animale sensibile non si ha fagocitosi, i sintomi infettivi appaiono più o meno rapidamente; in un animale naturalmente refrattario, immunizzato o vaccinato, si ha afflusso di fagociti, inclusione dei microbi, reazione locale ed assenza dei fenomeni generali gravi. Quale è la causa che provoca l'intervento dei fagociti e determina il loro afflusso verso i punti ove la loro presenza è necessaria?

Un gran numero di essori inferiori, unicellulari, vegetali ed animali, posseggono una certa, sensibilità rudimentaria che permette loro di appressare la composizione chimica del meszo che li circonda, di maniera che alcune sostanze in dissoluzione in questo meszo li attirano (chemiotassi positiva) mentre altre sembra esercitino su di essi una specie di repulsione (chemiotassi negativa).

Le amebe, i rizopodi, ecc., sono dotati di questa sensibilità. Una soluzione debolmente zuccherata attira i plasmodi, ma se a tale soluzione debole ne sostituiamo una molto concentrata, i plasmodi verranno allontanati. Noi però potremo vincere la loro ripugnanza ed abituarli al nuovo mezzo, aumentando poco a poco la proporzione di zucchero contenuto nella soluzione debole; così, progressivamente si stabilisce l'accomodamento per le dosi forti che prima avrebbero fatto fuggirli.

I fagociti posseggono anch'essi questa sensibilità per le sostanze disciolte che li circondano
e dalle quali ora sono attratti, ora respinti. Per
convincerne, basta inserire sotto la cute dell'orecchio di un coniglio piccoli tubi capillari chiusi
ad uno degli estremi e contenenti la stessa soluzione salina a gradi diversi di concentrazione;
in capo a 24 ore, esaminando i tubi, si vedrà
che alcuni sono riempiti a metà di leucociti che
ne ostruiscono il lume, mentre altri non ne contengono un solo. Un gran numero di esperimenti
hanno dimostrato che:

le soluzioni saline molto deboli hanno il potere di attirare i leucociti (chemiotassi positiva); queste stesse soluzioni, concentrate, respingono i fagociti (chemiotassi negativa);

alcune sostanze, quali l'alcool, l'etere, il cloroformio, l'acido lattico, ecc., esercitano anche essi una chemiotassi negativa.

Nell'essere vivente, al quale fu fatta una inoculazione microbica, la chemiotassi fagocitica, trova occasione di determinarsi?

Non v'ha dubbio; il microbio nell'organismo, come in un messo di cultura', secerne prodotti solubili che si diffondono e sono gli eccitanti specifici dei leucociti i quali ultimi fin dal principio obbediscono a questa attrazione particolare designata col nome di chemiotassi positiva.

L'involgimento del microbio è il complemento necessario della diapedesi, perchè l'inoculazione di una cultura microbica riesca inoffensiva; perchè la protesione dell'organismo sia efficace, occorre che il parasita sia distrutto. Ora, come si determina questa distrazione?

Essa sarà rapida se l'involuere del microbie

è sottile, ma quando l'inviluppo è spesso (come quello del bacillo di Hansen e di Koch), resistente come quello delle spore, la vitalità di questi organismi può conservarsi per molto tempo. Il processo distrutt vo varia a seconda il microbio e il grado di resistenza dell'animale, ma quasi sempre si tratta di un fenomeno chimico, una specie di digestione intra-cellulare.

Rossel ha constatato che il nucleo delle cellule fagocitarie secerne in assai gran quantità un acido, per composizione chimica, analogo all'acido urico e molto più batt-ricida che l'acido acetico.

Quest'acido nucleico, serbato in riserva nel protoplasma, si raccoglie attorno al microbio incluso, lo circonda e lo distrugge. Quando questo acido è neutraliszato dalla secresione microbica, o il fagocita (avendo perduto la sua vitalità) lascia venir fuori il suo contenuto nel plasma, la distruzione del microbio non si avvera. La digestione, adunque, deve essere intra-cellulare.

Questo processo di distruzione in un messo acido, è il più frequente, ma ve ne ha altri egualmente efficaci, quali la trasformazione fibrosa delle cellule, la trasformazione cretacea, la degenerazione calcarea ed altre ancora.

Nacciarone

RIVISTA DI CLINICHE

Olinica medica della Salpètrière in Parigi(prof. Raymond).

- i.) Tabe e sifilide cerebre-spinale
- il.) Nevriti periferiche; paralisi del radiale

III.) Emi-spasmo facciale

I.—Ecco un uomo trentacinquenne, che ci consulta a causa di dolori parosistici violentissimi, addominali, i quali si localizzano ora verso l'i-pocondrio destro, ora verso il fianco sinistro, ora nel piccolo bacino.

Essi si irradiano anche agli arti inferiori, ove hanno un carattere lancinante ed anche nei periodi inter-accessionali, un dolore sordo persiste ai lombi con una sensazione molesta, quasi quella di una cintura troppo stretta.

Di fronte a questo quadro sintomatico non vi moraviglierete vedendomi fare diagnosi di dolori folgoranti e di crisi viscerali, accompagnantisi niolto verisimilmente ad una tabe occulta in via di evoluzione.

Certo, nella pratica privata della città voi vi fermereste prima sulla via delle enteropatie; in fatti, molti infermi come questo, sono considerati comunemente come affetti da ulcera gastrica, da cancro intestinale, da enterite cronica, ecc.

E' la storia dell'infermo quella che deve guidarci nella diagnosi. Qui nel caso nostro, la storia clinica è interessantissima.

Prima d'ogni altro, l'infermo ebbe la sifilide molto giovane e da alenni anni egli ha potuto accorgersi che talvolta vedeva gli oggetti duplicati.

Una notte, mentre era in perfetta salute, si alzò per urinare e si accorse, con grande suo shalordimento, che tutta la metà destra del corpo era paralizzata, che non poteva mingere, nè chiamare alcuno in suo soccorso. Acceso un lume si accorse di essere quasi cieco.

Ecco adunque tutta una serie di sintomi che lo colpiscono di un tratto, senza ragione apparente, senza prodromi, senza itto, senza dolore, e lo trasformano iu un infermo da un momento all'altro.

Egli era emiplegico, afasico, amaurotico ed aveva disturbi vescicali.

Otto giorni dopo, ricuperò la vista e più tardi anche la favella; 2 mesi dopo anche la paralisi era scomparsa, residuando appena al braccio destro un pò di flacchezza per un altro mese.

Al momento che lo esaminiamo, è scorso un anno da quel primo stranissimo accesso.

Non esiste più traccia di emiplegia, afasia od amaurosi, ma solo i disturbi urinari persistono.

Esiste il sintoma di Argyll-Robertson; assente è il riflesso rotuleo; si nota il sintoma di Romberg.

Ed allora se noi colleghiamo questi dati con i sintomi dolorosi sopra accennati noi siamo pienamente convinti di trovarci di fronte ad un tabetico, benchè in questo manchi l'incoordinazione.

Bisogna ora spiegare l'episodio col quale la malattia si manifestò.

Charcot, Fournier, Pilliet, riportano casi di emiplegie stabilitesi bruscamente in tabetici, con o senza itto. Per meritengo che esse debbano mettersi in conto di un'arterite sifilitica. Voi, in fatti, sapete che (9 volte su 10) il tabetico è quasi sempre sifilitico. In realtà l'infermo in questione è un vecchio luetico.

Egli ebbe una emiplegia ed oftalmoplegie transitorie, al pari di altri che hanno afasie transitorie, monoplegie; queste sono manifestazioni sifilitiche che io attribuisco ill'arterite s pecifica. Ma nello stesso tempo in questo infermo si è sta-

bilita la tabe. Quale è la relazione che congiunge la tabe all'arterite luetica?

Questa è una discussione che io farò a proposito di un altro infermo.

Ammettete pel momento che una coesistenza tra queste due sffezioni vi sia. Notate pure che questa ipotesi di arterite sifilitica spiega la rapida guarigione degli accidenti e la restitutio ad integrum.

Io allora l' separo completamente dalla tabe. Non posso però dire lo stesso dell'amaurosi brusca che talora si osserva all'inizio della tabe o della sclerosi a piastre e che ritengo appartenere a queste 2 affezioni.

Io, adunque, ammetto che nel sifilitico che abbiamo sott'occhic, noi vediamo svolgersi fatti sifilitici ed una tabe (per ora senza incoordinazione) a forma dolorifica viscerale.

Quest'altro, è un infermo che io metto in parallelo col precedente.

Verso la metà dello scorso agosto 1896, egli si accorse di vedere doppio.

Il suo stato di salute era ottimo fino a quel momento. Nella sua giovinezza contrasse la sifi lide. I disturbi oculari durarono un mese e si accrebbero tanto che nel settembre egli divenne quasi cieco.

In 8 giorni perdette l'uso delle gambe e fu costretto a guardare il letto. Quando egli tenta di tenersi all'erta e di camminare è incapace di dare ai suoi arti una direzione giusta; egli li spinge a destra ed a sinistra ed in pochi giorni presenta una incoordinazione delle più spiccate.

Eravi nello stesso tempo un dolore continuo, intensissimo, alla regione dei lombi, che non era punto paragonabile al dolore a cingolo dei tabetici.

Non v'era punto dolore folgorante e con la diplopia l'incoordinazione era il solo sintoma dell'atassia locomotrice progressiva.

Quest'infermo, adunque, pare quasi opposto al precedente; quello tabetico senza incoordinazione, questo incoordinato senza presentare sintomi di tabe.

Ebbene, sappiate che v'ha casi di tabe che si iniziano appunto in tal modo.

Esaminando ora lo infermo, egli deambula, si alza, si sede come un individuo sano; la sua spiccatissima incoordinazione motrice è scomparsa in 2 mesi, sotto una cura intensa di mercurio;

la diplopia è scomparsa anch'essa. Però non possiamo considerare l'infermo come guarito.

Infatti persiste il sintoma di Argyll e l'abolizione del riflesso rotuleo.

Come spiegare questo caso delicato?

Io ammetto che quest'infermo ebbe 8 mesi addietro una meningo-mielite sifilitice, localizzata a preferenza in corrispondenza dei cordoni posteriori, lesione che scomparve con la cura specifica.

E' attualmente accertato che la sifilide midollare possa simulare la tabe con tutti i suoi sintomi classici o con alcuni solamente. Si diagnostica tabe, eppure l'autopsia dimostra che si tratta solo di arteriti, meningiti, gomme sifilitiche, aventi sede a preferenza nei cordoni posteriori.

Due interessanti problemi di patogenesi a tale proposito: E' l'incoordinazione in rapporto costente con la lesione dei cordoni posteriori?

Secondo alcuni si, ma io non lo credo; si sono osservati casi in cui l'inccordinazione era scomparsa da lungo tempo ed all'autopsia si constatò la persistenza d'una sclerosi completa dei cordoni posteriori.

E per converso poi in Clinica vediamo individui con incoordinasione e che non hanno alcun disturbo della sensibilità, cosa che non permette punto di supporre un'alterasione anatomica delle vie sensitive.

Io per me credo che le lesioni dei centri sensitivi del mesocefalo, anche lesioni esclusive della sola via motrice, possono dare l'inocordinazione. Il 2º problema è il seguente: non è per le lesioni specifiche che la sifilide produce i casi di tabe di cui la si rende responsabile?

No, poiché la vera tabe è dovuta alla sclerosi dei cordoni posteriori, e quella che noi descriviamo è sifilide cerebro-spinale a forma tabetica.

Quali sono adunque i rapporti tra sifilide cerebro-spinale e tabe vera?

Queste 2 malattie possono avere una sintomatologia perfettamente identica.

Però i fenomeni causati dalla sifilide si determinano bruscamente, e rapidamente pure migliorano. Eppure all'esame anatomico, queste due lesioni sono talvolta molto difficili a separarsi l'una dall'altra.

Nella stessa midolla si trovano lesioni di arterite, di mielite (che appartengono alla sifilide) e sclerosi dei cordoni) che appartengono alla tabe).

E questo io credo si troverebbe nei 2 infermi

di cui ho parlato. Lesioni specifiche prima, tabatiche ora.

Insomma io riassumerei coel: fra la sifilide cerebro-spinale (che guarisce) e la tabe vera (che non guarisce mai), in Olinica ed in anatomia esistono tutte le gradazioni e la diagnosi talvolta è impossibile.

II.—Ecco poi un giovane ventiquattrenne, validissimo, sensa antecedenti neuropatici. Artigliere da fortezza: un giorno, volendo sollevare un peso si accorse che il suo braccio sinistro erasi indebolito.

Esaminandolo attualmente si scovrono tutti i sintomi di una paralisi del radiale.

Stando a quel che narra lo infermo, nulla può spiegarci il fatto; non ha dormito all'aperto, non ha subito compressione sul braccio dormendo, non sforzi, non umidità, non sifilide, non reumatismo o malattie infettive.

Ma v'ha anche un altro fatto che rende la diagnosi ancora più scabrosa. Dopo essere tornato in famiglia, volendo sollevare un fanciullo sulle sue ginocchia, si accorge che anche il braccio destro si è inflacchito.

Ma questa volta è il gruppo muscolare Duchenne Erb che è colpito a destra.

La sensibilità è normale.

Dai due lati, i muscoli colpiti sono ipotrofici, i riflessi aboliti; non vi ha dolore o senso di formicolio.

Io credo che si tratti di nevriti parenchimali, la cui causa ci sfugge ed il cui inizio fu brusco. Esse a sinistra colpirono il solo radiale, a destra tutto il plesso brachiale, ed io inclino a credere che siamo in presenza di due localizzazioni differenti di un medesimo processo.

Accanto a questo caso di ipotetica spiegazione, io vi presento 2 casi bene evidenti di ciò che dicesi paralisi radiale per compressione.

La donna si addormentò leggendo con la testa poggiata sulla palma della mano destra e col braccio destro appoggiato contro il margine di un tavolo.

Al suo avegliarsi essa accusava violento formicolio al braccio ed alla mano e non poteva alzare il polso. Voi constatate una paralisi che interessa gli estensori della mano e delle dita nonche il lungo supinatore.

I disturbi della sensibilità obiettiva sono rappresentati da una lieve iperestesia al dorso della mano, limitata al territorio innervato dal radia. le. Il formicolio è scomparse, i muscoli non sono ipotrofici nè lasciano notare reazione degenerativa.

La donna guarirà certamente con un mese di massaggio e di cura elettrica,

Il giovane poi che vi presento, lavorando fu colpito da un sasso che cadeva da una casa in costruzione. Istintivamente col braccio sinistro fece schermo per difendersi il capo, ed allora il sasso colpi il braccio nella sua faccia esterna. L'infermo accusò forte dolore ed un senso di formicolio nell'antibraccio e nella mano.

Da quel momento egli rimase paralizzato; la mano è pendente, poichè i muscoli estensori e lungo supinatore son lesi. I disturbi della sensibilità obiettiva sono scarsissimi, ma il tronco nervoso è dolente alla pressione.

Nell'infermo non v'ha atrofia në reazione degenerativa dei muscoli e quindi si deve ritenere che la guarigione sarà certa.

III.—Eccovi una donna trentanovenne che presenta un emispasmo facciale.

La commissura labiale di sinistra è tirata in fuori ed in alto da una serie di rapide contrasioni. L'orbicolare dello stesso lato è anch' esso sede di contrasioni identiche; i canini, gli zigomatici, gli elevatori della pinna nasale, sono agitati da una specie di soprassalti che accentusno le pliche, le rughe normali e fanno deviare tutti i lineamenti verso sinistra.

Dopo quanto vi ho detto, è impossibile confondere questi sintomi con quelli della paralisi facciale esistente dall'altro lato.

Lo spasmo del facciale è raro per quanto ne è frequente la paralisi.

In queste 2 malattie, quello che più colpisce è la deviazione dei lineamenti dal lato dello spasmo o verso il lato opposto alla paralisi. E' difficile che nei casi di paralisi, i lineamenti, le rughe, le pliche, sieno poco accentuate; esse nello spasmo d'ordinario sono più evidenti; ma se v'ha paralisi da un lato e dall' altro, le pliche sono accentuate, si dirà per questo che esiste uno spasmo dal lato sano?

Ciò è difficile a trovarsi, e nel dubbio, si propenderà sempre per la paralisi facciale.

Segno più positivo sono le contrazioni che si notano nei muscoli lesi, dal lato della deviazione nei casi di spasmo facciale.

Le contrasioni restringono per alcuni istanti l'apertura palpebrale, mentre dal lato sano l'apertura delle palpebre funziona normalmente.

Al contrario, nella paralisi, la rima palpebrale dal lato affetto non può completamente chiudersi.

Come la paralisi facciale, l'emispasmo si trova in individui neuropatici.

In generale richiede una causa occasionale e prima limitati, si estendono in appresso agli altri muscoletti della faccia.

Il massaggio e la elettricità vinceranno lo spasmo, ma la donna è in cattive condizioni, poichè ne soffre da oltre 8 anni (*Le Bulletin mèdical*, 14 febbraio 1897).

Nacciarone

DIAGNOSTICA EMATOLOGICA

L'esame dei sangue al lette dell'inferme. — R. Limbeck. — Fra i metodi di esame clinico privato, la numerazione dei leucociti sembra all'autore (Wien medic. Woch., nn. 6 e 7 1897) la più importante, perchè essa fornisce al medico i dati più importanti, per la prognosi, in parecchie malattie. In vero, anche nell'adulto, in condizioni fisiologiche, la cifra dei leucociti non è punto costante.

A prescindere da che nella donna le fonzioni sessuali, la mestruazione, e la gravidanza esercitano sempre una qualche influenza sul numero dei leucociti, nel senso che ne determinano un aumento, bisogna altresi tener conto della cosiddetta leucocitosi od iperleucocitosi alimentare. Ammettendo per un adulto che, fuori il periodo della leucocitosi della digestione, la cifra normale dei leucociti ascenda a 6000 a 10000 per mm., si può ritenere che, poche ore (2-5) dopo un pasto abbondante (specialmente se esso contenga albuminoidi), codesta cifra perverrà fino a 12000 a 15000, per poi, cessato il periodo della digestione, riternare al pristino limite.

La conoscenza di queste cifre, è importante, sopra tutto quando si tratta di infermi, che prendono ancora regolarmente i loro pasti. Ben di**v**erse sono, però, le condizioni, quando si tratta. di febbricitanti o di individui gravemente infermi, i quali prendono pocchissimo alimento, e frazionatamente. In questi casi, com'è agevole comprendere, il numero del leucociti oscilla in limiti molto meno ampi. Inoltre, anche lo stato generale della nutrizione dell'infermo ha una certa influenza sul numero dei leucociti, in quanto che gli individui deperiti e mal nutriti , anche dopo il pasto, per lo più hanno nel sangue un numero di leucociti inferiore a quello degli individui di buona e vigorosa costituzione. Benché, nel caso singolo, tutti questi fattori debbono essere presi Seriamente in considerazione dal medico, certo è che hanno un'entità più o meno rilevante quando si tratta di febbricitanti.

La maggior parte dei febbricitanti presentano nel loro sangue un aumento dei leucociti; però, molti di questi processi pirettici sono specialmente caratterissati dal grado e dal decorso della leucocitosi.

Riassumeremo, ora, i risultati più importanti, che finora si sono ottenuti, in queste, ricerche, relativamente al modo di comportarsi dei leucociti, nelle più frequenti malattie infettive.

Nella polmonite crupale, si riscontra, nella maggior parte dei casi, una iperleucocitosi durante lo stadio febbrile. Essa scema rapidamente poco tempo prima dell' apiressis, ovvero la cifra dei leucociti ritorna gradatamente allo stato normale. Un abbassamento critico della temperatura con l'aumento della leucocitosi, dinota che si tratta di pseudo-crisi. Quando la polmonite è constatabile con l'esame fisico, e contemporaneamente non vi è iperleucocitosi, la prognosi è molto grave. Se, mantenendosi la temperatura persistentemente alta, diminuisce repentinamente il numero dei leucociti, è probabile che lo sfebbramento sia imminente

Quanto al tifo addominale, l'esame del sangue fa rilevare che in esso sono accresciuti i leucociti soltanto nelle affesioni post-tifiche. Durante il corso della malattia, si constata sempre una diminusione dei leucociti. Le suppurazioni post-tifiche si accompagnano spesso a leucocitosi.

Nella sepsi genuina, a decorse fulmineo, per lo più non v'è una iperleucocitosi. Se l'infermo supera questo stadie, il numero dei leucociti può aumentare in modo enorme.

Uno scarso numero di leucociti nella peste comporta, quindi, una prognosi infausta.

Nelle infesioni puramente tubercolari, vuoi in forma di tubercolosi miliare acuta disseminata, vuoi nella tubercolosi sub-acuta, il numero dei leucociti è sempre approssimativamente normale. Lo stesso dicasi per la meningite tubercolare acuta, nonchè per le affesioni tubercolari delle sierose e per le forme miliari e granulari della tubercolosi polmonale. Anche le forme croniche della tubercolosi polmonale, non complicate ad infesioni secondarie, non si accompagnano a leucocitosi. Ma, qualora si sia manifestata la bronchite, oppure si sieno già prodotte le caverne, non manca mai la iperleucocitosi, benchè d'ordinario essa non soglia raggiungere gradi molto elevati.

L'emottisi agisce al pari di un salasso, cioè determina consecutivamente un aumento nel numero dei leucociti.

Le inflammazioni sierose e suppurative del peritoneo, del pericardio, della pleura, delle meningi e
delle capsule articolari (poliartrite reumatica e gonorroica), durante lo stadio febbrile, si accompagnano sempre ad iperleucocitosi. A seconda della ricchezza in elementi cellulari dell'essudato, oscilla
per lo più il grado della leucocitosi. I gradi più
elevati essa li raggiunge nelle forme suppurative.

Se un essudato è diventato stazionario, e persistono elevazioni termiche più o meno rilevanti, vi è da attendersi che la leucocitosi perduri. Ma, se l'essudato si incista e l'infermo diviene apirettico, non si constata più la iperleucocitosi.

L'erisipela, darante lo stadio febbrile è sem-

pre accompagnata da iperleucocitosi, la quale si dissipa prima della defervescenza febbrile, oppure immediatamente dopo.

La scarlattina, presenta sempre una iperleucocitosi; questa infezione ha di peculiare, che la leucocitosi sovente persiste alcune settimane dopo lo stadio febbrile. L' probabile che, quando tutte le tossine hanno lasciato l'organismo la iperleucocitosi scomparisca, sicché soltanto allorche questa è scomparsa, può dirsi cessato qualsiasi perioclo per la insorgenza della nefrite.

Il morbillo decorre senza aumento dei leucociti nel sangue, i quali per lo più vi si riscontrano in cifra quasi normale.

La differite, per lo più decorre sensa forte iperleucccitosi. Le iniezioni di siero antidifterico spesso determinano lieve aumento della leucocitosi.

Quanto alla febbre intermittente, sembra che, nella maggior parte delle nostre forme malariche, non si constatò mai un aumento di leucociti nel sangue, durante l'attacco febbrile. Però, le forme gravi, specie quelle delle febbri a decorso atipico, durante il periodo della convalescenza, sono spesso seguite da leucocitosi.

Durante l'attacco di malaria, si constata un ben lieve aumento di leucociti nel sangue.

Nel colera asiatico, pare che d'ordinario si verifichi una forte iperleucocitosi durante lo stadio algido.

Se l'infermo supera lo stadio algido, e si verifica quello della reazione, il numero dei leucociti per lo più ritorna rapidamente al normale. Se nello stadio algido si manifesta una forte iperleucocitosi, la prognosi è grave.

Come agevolmente si può rilevare, da quanto è stato qui esposto, l'esame del sangue, specie dei leucociti, nelle malattie acute qui cennate, ha una importanza abbastanza rilevaute.

Nelle maiattie croniche, che non si accompagnano alla febbre, la numerazione dei leucociti non ha una entità pari a quella che si constata nei processi infettivi acuti.

Ad ogni modo, fra i processi patologici cronici in cui un tale esame ha realmente una certa importanza pratica, bisogna annoverare ansitutto i neoplasmi maligni (carcinoma e sarcoma), come pure la leucemia genuina, tutte quelle condisioni morbose, che sogliono essere comprese insieme sotto il nome di psendo-leucemia. In linea generale si può affermare che nei carcinomi il numero dei leucociti non presenta una grande costanza. I cosiddetti cancridi rarissimamente si accompagnano ad una iperleucocitosi, ed allorchè questa esiste, probabilmente, non è dovuta al tumore. In vece, nei cosidetti cancri midollari, relativamente spesso è accresciuto il numero dei leucociti nel sangue.

Secondo l'antore, la causa per cui la leucocitosi mostra differenze nei singoli casi di carcinoma sarebbe dovuta a condizioni accessorie, ad infezioni secondarie e rammollimento delle masse neoplastiche. Ad ogni mo lo, vi è un fenomeno in questi casi, il quale merita di essere preso in considerazione, ed é quando in un caso di carcinoms, il quale fino allora non aveva presentato alcuna leucocitosi, questa insorge repentinamente.
Va da sè, che questi casi non debbono essere
scambiati con quelli, in cui si verificano emorragie (cancri dello stomaco, dell'utero), perchè in
questi ultimi l'aumento dei leucociti per lo più
è una conseguenza della soffarta perdita del sangue. Inoltre, dal punto di vista della diagnosi è
da rilevare il fatto che, nel carcinoma dello stomaco, non si constata la leucocitosi della digestione. Codesto reperto pare favorisca un dato
disgnostico-differenziale per distinguere il carcinoma dello stomaco dall'ulcera rotonda di questo
organo, perchè in quest'ultima la leucocitosi alimentare si rileva agevolmente.

Nel sarcoma, la iperleucocitegi ha un'importanza maggiore che nel carcinoma. Nella massima parte dei casi di sarcoma, e specialmente in quelli che hanno punto di partenza dall'apparecchio ematopoietico e linfatico, per lo più si rileva agevolmente una forte iperleucocitosi. Che in ciò non trattisi punto di una coincidenza accidentale, sibbene di un fatto determinato dalla natura stessa della malattia, è mostrato già da che, dopo l'estirpazione radicale del tumore,quando non vi sono metastasi, l'iperleucocitosi scomparisce. Se, per ciò, in un tale caso, l'esame del sangue fornisce un dato importante per fare rilevare, se vi sieno, o meno, noduli sarcomatosi metastatici, d'altro lato non bisegna dimenticare, che è possibile dare un giudizio definitivo, su tale proposito, solo quando la ferita dell'operazione è già completamente cicatrizzata, perché un decorso asettico della ferita può produrre leggieri gradi di iperleucocitosi.

A tutti è noto, che il punto fondamentale della diagnosi nella lencemia genuina, sta nella numerazione dei leuccciti.

Tattavia, sarebbe ben permesso di accampare la dominda, se si sia autorizzati a fare la diagnosi di leucemia, quando si riscontra un numero molto rilevante di leucociti. Fino ad alcuni anni or sono, la maggior parte dei patologi sosteneva il principio, che trattavasi di leucemia tutte le volte in cui la quantità dei leucociti era enormemente accresciuts. E ciò si volle anche tradurre in cifre, e fu stabilito che la leucemia incominciava quando la proporzione fragli erit ociti ed i leucociti era come 1:20. Oggi, però non si può affatto sostenere questo concetto, giacchè si può ritenere come ben dimostrato, che per la diagnosi della leuce nia non sia sufficiente numerare i leucociti ed accertare la loro proporzione rispetto alle emazie, ma è necessario altresi lo esame microscopico del preparato, colorato col metodo di Ehrlich.

In quanto al modo di comportarsi dei leucociti nella cosiddetta pseudo-leucemia, non può dirsi nulla di preciso. Il carattere comune di questi casi, per ciò che concerne l'alterazione del sangue, è la mancanza della crasi leucemica del sangue, insieme a gradi più o meno leggieri di anemia. Talvolta il numero dei leucociti è diminuito, altre volte è quasi normale, o perfino lievissimamente accresciuto.

I migliori apparecchi, e quelli più facilmente numero dei casi di clorosi, per lo più è diminuita

maneggevoli, costruiti a tale scopo, son quelli di Fleischl, nonchè quello di Gowers, modificato da Sa h l j. Ciò malgrado, neppure essi sono del tutto scevri di pecche. Ed anche oggi, non ancora si è del tutto sicuri se la determinazione colorimetrica del pigmento sanguigno possa dare risultati precisi. In fatti, la determinazione del ferro nel sangue (è noto che nel sangue il ferro si presenta soltanto nella emoglobina) non sempre dà risultamenti del tutto concordi a quelli del metodo colorimetrico. Se quest'ultimo oggi ha acquistato un grande pregio, o, per dir meglio, una grande popolarità nella pratica clinica. ciò è dovuto alla sua facilità di esecuzione. Amendue i testè cennati apparecchi, sono costruiti in modo, che il punto 100 della scala (cioè 100 per es. del normale) corrisponde a 14 grm. di emoglobina a 100 grm. di sangue.

Partendo dalla supposizione, che la quantità di emoglobina di un corpuscolo sanguigno rosso sia costante, la numerazione dei corpuscoli sanguigni passerebbe in seconda linea rispetto a questo metodo. Però, specialmente in condizioni patologiche, non sempre è attuabile questo metodo. Laddove nell' uomo sano la numerazione dei corpuscoli sanguigni dà risultati per lo più consoni a quelli che si ottengono determinando contemporaneamente la quantità di emoglobina; nella donna sana e pervenuta a maturità sessuale si ottengono risultamenti non sempre concordanti; a fortiori ciò dicasi in condizioni patologiche.

In fatti, basterà far notare, che le perdite fisiologiche di saugue nella donna per lo più determinano una diminuzione della scala cromatica fino ad 1.

Sicchè riesce agevole comprendere che, specialmente in condizioni patologiche, la determinazione della quantità di emoglobina non può sostituire la numerazione dei corpuscoli sanguigni e viceversa.

Un altro metodo di esame del sangue, che è molto prediletto nei laboratori clinici, cioè la determinazione della densità del sangue sembra quasi superfluo dopo avere eseguito il metodo colorimetrico, perchè è stato ripetutamente constatato, che la quantità del pigmento sanguigno decorre su per giù parallelamente alla densità del sangue.

E'agevole comprendere, che quando la costituzione del sangue viene modificata per causa nota o non valutabile, si modifica altresi la quantità del pigmento sanguigno.

La policitemia, com'é noto, determina un aumento della quantità di emoglobina, il quale, però, non procede parallelamente al grado della policitemia.

Per lo passato, fu ritenuto come un segno caratteristico della clorosi, la relativa scarsezza del pigmento sanguigno, essendo normali, o quasi, in numero i corpuscoli del sangue. Ed è strano, dice l'autore, che fino a questi ultimi tempi, in diversi trattati e manuali, si trovi sempre tradizionalmente ripetuta quest'asserzione, la quale non corrisponde alla realtà dei fatti.

E' stato, in vero, constatato che nel maggior

la quantità dei corpuscoli sanguigni; nè vi è sempre la relativa oligocromemia. Biassumendo: l'autore crede, che la determinazione quantitativa della emoglobina, per quanto sia prediletta, non da risultamenti più attendibili di quelli che si ottengono con gli altri metodi di esame del sangue,

Quanto all'esame qualitativo del pigmento sanguigno, l'autore fa ansitutto rilevare, che ben di rado il medico è costretto ad eseguire l'esame

spettroscopico del sangue.

Però, nei casi in cui èvvi a supporre che possa trattarsi di tali alterazioni, non gli resta altra via per constatarla.

Trattasi allora sempre di avvelenamenti; e qui cadono specialmente in considerazione due combinazioni patologiche della emoglobina, cioè l'emo globina ossicarbonica e la meta-emoglobina.

Com'è noto, gli avvelenamenti per gas dell'llluminazione e per vapori di carbone, determinano la formazione dell'emoglobina ossicarbonica nel corpo, e così annullano la capacità respiratoria del sangue. Se dall'anamnesi si può inferire che trattisi di una tale intossicazione, e se con una puntura nel polpastrello del dito dell'infermo (che è in uno stato di incoscienza) si nota lo speciale colore rosso-ciliegia del sangue, non potrà esservi dubbio sulla natura dell'intossicazione. Ma se manca l'anamnesi, e non vi sono segni sicuri, sarà indispensabile l'esame spettroscopico del Sungue.

E, su tale riguardo, non sará, forse, inutile ricordare, che lo spettro della emoglobina ossicarbonica rassomiglia quasi completamente a quello dello ossiemoglobina; perè, nel primo le strie di assorbimento si avanzano di più verso il bleu.

Però, se ad una soluzione di ossiemoglobina si aggiunge il solfuro di ammonio, scompariscono le cennate due strie, e sono sostituite dalla stria di assorbimento, dell'emoglobina ridotta nel punto che è rimasto libero fra le summentovate strie della ossiemoglobina. Se nel rispettivo saggio del sangue vi è emoglobina ossicarbonica in quantità appressabile, le cennate strie di assorbimento non mutano dopo aggiunta di solfuro di ammonio.

Inoltre, sono stati raccomandati differenti saggi per riconoscere l'emoglobina ossicarbonica anche senza ricorrere allo spettroscopio.

Così, per es., merita qui di essere segnalato il saggio di Hoppe-Seyler, che riscalda il rispettive saggio del sangue con una soluzione di liscivio sodico al 10 00. Le soluzioni di osstemogobina prendono un colore verde-brunastro sporco, mentre le soluzioni di sangue, contenenti emoglobina ossicarbonica, rimangono di un rossocinabro.

Nè è meno importante il constatamento della metemeglobina nel sangue.

E' noto che, in presenza di questo composto, il sangue, sovente ha un colore cioccolatta o bruno spiccatissimo. Tuttavia, ciò ha luogo solamente allorché la quantità di metemogiobina

segno macroscopico, e si è allora costretti di eseguire l'esame spettroscopico.

Si tale riguardo, è a notare non tutti gli autori hanno descritto in modo eguale lo spettro della metemoglobina.

Il suo tratto caratteristico pare che consista in una piccola stria di assorbimento, al limite fra il rosso e l'arancio. Negli avvelenamenti con alcuni corpi che si usano nella terapia (antifebbrina, fenacetina, lattofenina, clorati, ecc.), è stata già molte volte osservata nel sangue dell'nomo la comparsa della metemoglobina.

Meyer

NOTIZIE

XV Congresss di medicina Interna in Serlino

11 XV Congresso di medicina interna avra luogo in Berlino dal 9 al 12 giugno 1897. Solo eccesionalmente per quest'anno esso coincide con la Pentecoste. Le sedute avranno luogo nel palazzo degli architetti (Wilhelmstrasse 92-98).

La presidenza sarà tenuta da v. L e y d en. Verranno discussi tem::

Mercoledi, 9 giugno, primo giorno di seduta : « il trattamento del reumatismo articolare cronico. Rela. tori: Baumler (Friburgo) e Ott (Marienbad).

Giovedì, 10 giugno: Epilessia. Relatore Un verricht (Magdeburgo).

Venerdi, 11 giugno : Morbo di Basedow. Relatore Eulenburg (Berlino).

Inoltre sono annunziati i seguenti lavori: A. Fraenkel e C. Benda: comunicazioni cliniche el anatomiche sulla leucemia acuta — v. Jaksch: contribuzioni cliniche alla conoscenza del ricambio materiale degli idrati di carbonio — O. Liebreich: Gli scopi della moderna terapia medicamentosa— E. v. L e y d e n sulla prognosi delle malattie della midolla spinale -Martin Mendelsohn: il valore clinico della diuresi e i mezzi comprovanti la sua influenza terapeutica. — A. Baginsky: sulla pa ologia e patogenesi delle diarree estive dei bambini (con dimostrasione). — E. Pfeilfer: sull'etiofogia del reumatismo articolare cronico. — Bumpf: nuove vedute sulla cura delle malattie croniche di cuore. — Fürbringer: sulla clinica della puntura lombare — Jacques Meyer: diabete mellito nell'età giovane.

Insieme al Congresso avrà luogo una esposizione di apparecchi nuovi, di strumenti, di preparati, ecc.

Collegie-convitto poi figli erfani del sanitari italiani in Perugia

Pubblichiamo volentieri il resoconto inviatoci dal benemerito Presidente della benefica istituzione, affinchè se ne diffonda la cognizione fra i medici e cresca così il numero degli aderenti, che in alcune province è proprio scarso.

All'infuori del sussidio governativo e del resto di cassa in L. 284 mandato dal disciolto Comitato della Associazione Nazionale dei medici condotti di Cremona, nessun'altra oblazione straordinaria pervenne a questa è molto rilevante.In caso opposto, manca questo Amministrazione. Ruttavia il residuo di cassa in confronto di quello dello scorso anno é grandemente cresciuto fino a suparare le L. 6000 e ciò da solo dimoi stra che i sanitarii italiani cominciano ad apprezzare le modeste fatiche di questa Commissione. Alla chiusura del 1895 rimanevano 470 colleghi contribuenti; durante l'anno dovettero cancellarsene 97, dei quali 5 per morte, 19 per cessazione del loro impegno, 12 per irreperibilità e 62 per ostinata morosità. Ad onta di ciò, specialmente per la energica asione spiegata da molti rappresentanti provinciali, con l'ingresso di 107 nuovi aderenti, l'esercisio 1896 si chiude con un aumento di contribuenti che raggiunge il numero di 480 e anche come sopra si è detto, con accresciuto fondo di cassa.

Fra i colleghi contribuenti defunti il dott. Vanni, ni Camillo di Marliana (Firenze) lasciò un orfano e questo fu subito e a preferenza di ogni altro accolto da questa Commissione. Nel maggio, in seguito a meningite della base, moriva nel nostro istituto fra il compianto dei compagni e dei maestri l'orfano De Apollonia. Questa Commissione ne fu addoloratissima e volle provvedere a quanto occorse per la malattia e pei funerali.

Cosi i giovani ricoverati nel Collegio-Convitto di S. Anna sono ancora cinque, cioè:

- Chiozza Faustino, di anni 15, del fu Dott. Luigi, di Pieve Albignola (Pavia);
- 2. Fideli Fidelfo, di anni 14, del fu Dott. Giuseppe, di Stroncone (Perugia);
- 8. Lo Gatto Ruggiero, di anni 14, del fu Dottore Bartolomeo, di Roccasseca dei Volsgi (Roma);
- 4. Massari Amedeo, di anni 14, del fu Dott. Pietro, di Capodrise (Caserta);
- 5. Vannini Mario, di anni 8, del fu Dott. Camillo, di Pistoia (Firense).

Per accordi interceduti tra questa Commissione e la benemerita Associazione tra i sanitarii delle Romagne, doveva col nuovo anno scolastico essere accettato un orfano proposto dalla Associazione stessa; solo però ad anno scolastico inoltrato l'Associazione suddetta comunicò che per quest'anno non avrebbe inviato alcun orfano, e così non si potè procedere ad alcuna nuova ammissione.

Le domande di ammissione sono sempre le dodici già pubblicate nel passato resoconto, alle quali qualche altra si è ancora aggiunta.

Ogni speranza fondata sulle feste e lotterie di beneficenza che dovevano promuovere nel carnevale le Signore italiane, andò delusa a causa del rovescio delle cose d'Africa, così nulla si ebbe dallo stabilimento in dustriale che aveva ripromesso un largo contributo.

Il Dott. Pierini, ora rappresentante della Provincia di Siena, dono al Collegio-Convitto un opuscolo « Consigli alle madri sul modo di allevare i bambini durante il primo anno di vita ».

La Commissione ritenutolo pregevole, lo fece stampare e, vendendolo L. 15 ogni 100 copie, ne ritrasse non solo tutte le spese di stampa, di pubblicità e di posta, ma ne ebbe finora un utile netto di L. 27,80.

Il Dott. De Joan na rappresentante della Provincia di Avellino, mandò in dono 50 copie di un suo elaborato studio sulle « Autoinfesioni », ne furono po i tute vendere tre copie a L. 2 ciassuna. Il Dett. Vi ei nucci di Santo Pietro (P.sa) mandò pure 80 copie di

un suo opuscoletto « Medicina domestica » ricco di utili cognizioni. La commissione dispose di inviare tali opuscoli e le copie invendute delle « Autoinfezioni » ai rappresentanti che si adoperano per l'incremento dell'istituto, economizzando così una spesa che, per quanto tenue, pure nei decorsi anni aveva incontrato per dimostrare ai rappresentanti stessi la propria gratitudine per la efficace loro cooperazione.

Il prof. Perron ci to di Torino annuncia l'invio di 25 copie di un suo lavoro originale che potra cesere venduto a L. 1 la copia; molti altri in modi diversi si adoperano a vantaggio di questo Collegio-Convitto e questo crescente favore che si va risvegliando è il conforto maggiore all'opera assidua della Commissione.

Le entrate e le uscite dalla pubblicazione del resoconto 1895 ad oggi furono le seguenti:

PARTE ATTIVA

In cassa, come del resoconto 81 dec. 189	4 L.	4816. 61
Oblazioni alla « Salute pubblica » durant	8	
il 1898	•	876, 85
Sussidio del Ministero dell'Interno	4	800
Ricavato della vendita di opuscoli ed altri	į	
piccoli proventi diversi	<	85, 25
Oblazioni riscosse dai Sanitarii ed Enti	i	
morali	≪	2669 —
Rimborso di somme versate in più nello		
scorso esercizio	•	75 —
Interessi sul danaro depositato alla Bancs	١.	
di Perugia	•	191.88
Interessi sul danaro depositato dal dottore)	
Coin rappresentante di Padova	>	1. 78

Totale L. 8466. 82

PARTE PASSIVA

Rette pei cinque orfani dal 1º ottobre 1896 a tutto luglio 1897	L.	1450	_
Tasse scolastiche e spese diverse pei cinque			
orfani durante il 1898	•	578. (07
Spese per circolari, stampe e posta. (Alcuni rappresentanti come quelli delle provincie di Milano, Padova, Lucca, Roma, Belluno, Ascoli Piceno, Brescia, Firenze, Pavia, Ancona, Porto Maurizio, Perugia, Piacenza e Parma vollero che le spese da loro sostenute andassero in tutto o in parte a vantaggio del Collegio. Nel resoconto 1895 fu omesso riportare che il Rappresentante di Reqgio Emilia aveva rilasciato a vantaggio del Collegio le spese da lui sostenute.			
per posts)	>	278.	90
A A /			

Totale L. 2806. 97 Restano in cassa > 6159. 85

Torna l'attivo L. 8466. 82

Come negli altri anni anche in quest'anno furono dalla Commissione invitati tuttigli aderenti del Comune di Perugia per la verifica delle entrate e delle apese e dei relativi mandati coi documenti giustificativi. Alcuni dei colleghi invitati, esaminati i documenti e il danaro in cassa, rilasciarono la relazione sindacatoria assai lusinghiera per la Commissione amministrativa del Collegio convitto.

Onerificenza

Il nostro stimato amico, dott. Antonino Palese di Cerignola, una delle figure più simpatiche degli annuali congressi medici, con recente decreto, è stato nominato cavaliere ufficiale della corona d'Italia. I nostri più sinceri rallegramenti.

VARIETÀ

La oura della getta nel 600

Togliamo dal *Protico* una lettera di un chirurgo del 600 che a quel che appare dovea godere fama di consulente, lettera rinvenuta dal (!arli nell' « Archivio della letteratura nella Biblioteca nazionale centrale di Firenze».

In conformità del desiderio di V.a S.º Ill.ma e della promessa da me fattale di mandarle il metodo e regola di pigliar il latte per guarire e preservarsi dalla gotta e sia habituale o hereditaria, eccola con tutte le osservationi necessarie cavatee dal giudisio di bravissimi medici e dall' isperiensa medesima.

- 1 Prima d'ogni altra cosa si deve fare una buona Purga doppia per epicratim o come meglio giudica il signor medico, che conosce la natura e complessione del pasiente. Si deve nello stesso tempo della purga far una dieta rigorosa di non mangiar se non la quarta parte, e alla più, la metà di quello che si era solito.
- 2— Finita la purga e dieta si deve immediatamente dar principio a bevere il latte mattina e sera in quantità d'oncie diciotto o venti, mangiando però a pranso cibi buoni, come vitello, pollastri e simili e bevendo vino; ma il tutto moderatamente; avvertendo che il latte della mattina deve pigliarsi quattro o cinque hore avanti il pranso, e quello della sera deve servira per cena sens' altro cibo; qual modo si deve osservare per dodici o quindici giorni, con quest' ordine e regola, che nei primi giorni si beva il latte nella medesima quantità, e poi si vada ogni volta crescendo questa e diminuendo quella deg!i altri cibi del pranso.
- 8 Passati li suddetti dodici o quindici giorni si deve lasciare affatto ogni altro cibo e nutrirsi di solo e semplice latte, bevendone tre o quattro volte il giorno nella quantità che può portare e digerire lo stomaco di chi lo beve.
- 4 Il latte si deve beve e caldo o nel suo calore naturale subito munto, et è meglio, o fatto tiepido al fuoco.

- 8 Se chi lo beve patisce d'hipocondria e gli cagiona dolori, o gl'opera quasi subito o in poche hore, cocom'una medicina, si deve prima bollire un tantino con 4 grani di sale.
- 6 Se si accaglia nello stomaco gli deve metter dentro un poec di zucchero.
- 7—Chi non può assuefarsi a vivere di solo latte, ritorni dopo pochi giorni al modo di vivere che è notato al n.e 2 e perseveri poi sempre nell'istessa maniera, eccetto nel bever vino, che affatto è bene lasciarlo; se non se ne pigliasse un messo bicchiereo in circa, in fine del pranso per corroborare e mantenere lo stomaco; avvertendo che in tal caso bisogna bever acqua cotta nelle altre volte che nel pranso si ha necessità di bevere, e così anche fra il giorno, se si havesee gran sete, se si può bevere dell'acqua; ma non mai più vino.
- 8 Per due o tre anni è bene farsi far la minestra nel latte con pan tritto, riso, farina, orzo, ova e latte e simili e si può fare anche d'herbaggi, massime la primavera e l'estate, mangiando poi carne a lesso come sopra, li giorni pero che se ne può mangiare; e le vigilie e quaresima ova e latticini; e doppo il suddetto tempo si può principiare a mangiar la minestra nel brodo, eccetto i giorni di vigilia, che si può far nel latte o butirro.
- 9 Questo modo di vivere si può anche praticare da chi non avesse difficoltà a vivere di solo latte, rimettendo poi in questa maniera il rigore per poter meglio perseverare fino alla morte, giacchè si ha por isperiensa, che non bisogna mai più affatto abbandonare il latte, altrimenti ritornano le flussioni et anche peggiori di prima, restando sempre viva la radice. Si deve però tralasciare quando per qualche accidente venisse la febre, o qualche gagliarda e rigorosa flussione; questa però quasi mai accade, ma cessata si deve ripigliare come sopra.
- 10 Si possono mangiare nel pranzo frutti cotti o crudi, ma di facile digestione.
- 11 Si deve onninamente astenere da tutte la cose grievi da digerire, come anche da tutte le cose calide e condite da specierie; da oglio, aceto, agrumi, da pesce. Se però di questo se ne mangiasse rarissime volte un pochino a lesso o in su la graticola doppo qualche anno di questa nostra regola, non potrebbe far male: bisogna guardarsi da insalate crude o condite con olio et aceto.
- 12 A chi patisse assai di fiati, et il latte ne suol generare, è bene pigliar dietro al latte quattro anisi confetti.
- 13 In progresso di tempo non si proibisce il mangiar qualche cosetta a cena; ma qualche volta o per

sodisfar ad un soverchio appetito, o per altra ragionevole causa, d'ordinario però non si deve fare; ma contentarsi del solo latte, avvertendo che nel caso di mangiar qualche cosa la sera non si deve mai bever vino; ma o acqua o un poco di latte, quando il cibo è di natura, che con lui si confà.

14 — Quando a pranso non si beve vino di sorte alcuna, non è necessario ne anche bever acqua l'altre volte nel detto pranso (come si è notato al n.º 7) ma si può bever latte; ma quando s'abbia necessità di bevere un pochino di vino nel fine del pranso, non bisogna poi bever latte nell'altre volte; poichè latte e vino non si confanno assieme nello stesso pasto.

15 — È necessario almeno una volta la settimana pigliar circa messa dramma di reobarbaro in polvere in un poco d'acqua cotta ben calda, et un'hora dappoi pigliarli dietro il solito latte.

16 — La vacca dev'essere nigra (se si può havere) ma non è però necessario; ma ad bene esse, per essere il di lei latte più confacevole allo stomaco, cioè menfregido e più passante, e dev'essere bene governata; massime l'inverno, con darle anche della semola di frumento massime nei primi anni, sinche lo stomaco sì sia bene assuefatto al latte.

Quanto però al reobarbaro io lo piglio rare volte, ma quando lo piglio, ne sento grandissimo giovamento e soglievo, e però intorno alla frequenza si può rimettere e al bisogno et al giuditio del signor medico, non lasciando però pigliarlo qualche volta.

Si faccia dunque animo e si metta all' impresa, che spero ne resterà consolatissima, siccome lo provo io in ma stesso, e così fanno gli altri che lo pigliano, e questi erano i tempi ch'io ero solito ad essere tormentato e per grasia del Signore sto b. ne, e se un giorno sento un poco di pisicore in qualche luogo, l'altro giorno non più altro, come se mai havessi patito gotta, tanto si son ben temperate le viscere che generano sì dolorose fiussioni. Il tempo a proposito per fare la purga sarà all'aperta di primavera. Si compiaccia V.º S.º di haverni da qui avanti nel numero de' suoi servi, mentre pregandole io da S. D. M. ogni bramata contentezza la supplico de' suoi comandi e resto per sempre

Umilis.º e devot.º servo fra Giovan Antonio da Bologna cappuccino

Fontevivo li 14 febbraio 1671,

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manicomio per 3600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marso p. v.

Maddalma (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Cattedre universitares

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Consorsio sanitario dei comuni di Pagnacco e Feletto Umberto. — Per volontaria rinuucia del medico condotto dott. Giulio Galeasso Regis, a tutto il mese di febbraio corrente, resta aperto il concorso di medico chirurgo ostetrico per questa onsorziale condotta.

Lo stipendio annuo, pagabile a dodicesimi posticipati, é di L.8000, netto di imposta di ricchessa mobile, compreso l'indenisso pel mantenimento del cavallo.

Il titolare riceverá quale ufficiale sanitario l'indennità di L. 50 per ogni Comune, pagabile a semestri posticipati, oltre il compenso di cent. 25 per ogni vaccinato con esitu favorevole.

Occorre aver prestato servizio per un triennio in una condotta, o aver fatto pratica in uno Ospedale civile.

Mslono.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadensa 14 marso. Nomina triennale.

Sommano. — 1. Riviste generali. L'attività muscolare nei cardiopatici. - 2. Rivista di clinica. Clinica chirurgica dell'ospedale civile di Nancy (prof. Gross). La lussasione inveterata dell'anca e la sua cura chirurgica. - 8. Note terapiche. - 4. Tossicologia. -5. Igiene individuale. — 6. Bimedii nuovi. — 7. For-

RIVISTA GENERALE

L'attività muscolare nei cardispatici (F. Hirschfold)

Il concetto che un caore indebolito possa essere rinvigorito con un aumento dell'attività muscolare, è stato sviluppato, in questi ultimi anni, sopratutto da Oertel, che in ciò si è fondito sul parere di antichi autori, sopratutto di Stoke. La vivace discussione, che segui alle relazioni di Oertel, ebbe un esito in massima parte contrario alle aspettative di questo ultimo, giacche il suo metodo di cura nei vizi valvalari, fu riprovato. In vece, se ne ottennero risultati favorevoli in quella forma di ipertrofia cardiaca, che si verifica dopo una prolungata vita da epulone.

Tuttavia, in ciò non fu preso in considerazione, che Oertel raccomanda non soltanto una forte attività muscolare, ma anche una dieta ricca di albumina, non tale però, da sopperire sufficientemente al bisogno di sostanza nutritizia. Oertel voleva, in siffatto modo, determinare un aumento della quantità di albumina dell' organismo. Però, questo scopo non viene conseguito, anzi, si può ritenere che, nella maggior parte dei casi, l'organismo perde una parte

della sua albumina.

L'autore, avendo eseguito una vasta serie di ricerche sopra quest'argomento, è pervenuto alla conclusione, che nei cardiaci, i quali non sono obesi, durante lo stadio del disturbo della com pensazione, sopratutto quando l'edema era mediocre, spesso riusciva vantaggioso sottoporli, di tratto in tratto, ad una alimentazione inferiore al bisogno. Talvolta il miglioramento era così cospicuo, che la diuresi aumentava. El all'effetto di un' alimentazione insufficiente bisogna anche attribuire i buoni risultati che si ottengono dalla dieta lattea di Karell nei cardiaci come pure nei gastropatici. In vero, lo stesso Karelle la maggior parte degli altri autori attribuirono i buoni risultati al latte. Però, su tale riguardo è da prendere in considerazione che Karell prescrive soltanto tre quarti di litro di latte scremato al giorno, e vieta assolutamente l'uso di qualsiasi altro alimento. Nè permette che venga rapidamente accresciuta questa razione di latte. Ora, ciò dimostrerebbe che in tali casi non si può affatto tener parola di una spiccata asione diuretica del latte.

In generale fu ammesso per lo passato, che una vita troppo torpida costituirebbe, per que cresciuta attività muscolare sul cuore. Egli ha

quando Oerte l'accampò l'idea che si dovesse accrescere la loro attività muscolare, questa proposta fu trovata opportuna. O e r t e l proponevasi, con la sua cura, di rinnovare, per così dire, l' ipertrofia, il che, secondo lui, avrebbe rinvigorito il miocardio. Però, dopo poco tempo piovvero le obiezioni da tutte le parti.

Gli si fece rilevare, che l'ipertrofia è uno stato putologico, e che non poteva essere obiettivo della terapia il determinarlo, perchè col tempo l'attività del cuore ipertrofico si rilascia, e ciò pone seriamente in pericolo la vita dell'infermo.

Però, codesta obiesione era, in gran parte, di natura puramente teoretica. In fatti, è possibile che l'aumento dell'attività muscolare riesca proficuo in un altro senso. Com'e agevole comprendere, l'osservazione clinica fornisce taluni dati p r portare un giudizio corretto su tale riguardo. Ora, è ben risaputo che con un mederato tenore di vita e con un'attività muscolare di media intensità non si producono malattie cardiache. Va da se che qui si allude soltanto alle ipertrofie cardiache idiopatiche, e che non si tieu conto dei visi valvulari e delle ipertrofie in conseguenza di malattie renali. Soltanto con un' alimentazione troppo lauta e con un'attività muscolare troppo scarsa, si origina la sopra cennata forma di ipertrofia cardiaca. In fatti, ci è noto che, in seguito ad uno strapaszo esagerato possono svilupparsi cardiopatie. Però , soltanto la deficiente attività muscolare non basta a determinare la genesi di un vizio cardiaco. Sare'> be illogico ammettere tal cosa, ed in contradizione col buon senso comune, se in una cucitrice a 50 anni, si volesse far risalire la genesi dell'ipertrofia cardiaca a che essa ha fatto troppo poco moto.

Evvi, però, un modo con cui l'attività mascolare esercita una influenza vantaggiosa sulla circolazione. Nelle persone, che lavorano poco, la muscolatura nelle estremità è poco sviluppata, per cui affluisce poca quantità di sangue alle braccia ed alle gambe. In vece, nel lavoro, il sangue deve affluirea queste parti. Quanto maggiormente e più frequentemente ciò accade, tanto più vi è da attendersi, che l'accresciuto afflusso di sangue alle estremità divenga permanente. E' chiare, che ciò sbriglia il circolo sanguigao del tronco e del capo, elimina i pericoli inerenti alle stasi venose nell'addome, e scongiura altresì il pericolo di un'apoplessia per forte distensione dei vasi cerebrali. Però, com'è agevole comprendere, in ciò trattasi di un ragionamento puramente fisiologico; in fondo, ben poco di preciso ci è noto circa il modo come si produce cotesto sbrigliamento del circolo. Ed è evidente che debba riuscire difficile ir endere il modo come si svolge questo meccanismo, perchè l'effetto di una tale attività muscolare non si riverbera direttamente sul cuore stesso, ma sopra la distribuzione del sangue.

Non ha guari, Zuntz ha esposto alcune sue pregevoli considerazioni circa l'influenza dell'acsti infermi, una causa del visio cardiaco; onde, fatto ansitutto rilevare che, quando è accresciua ta l'attività muscolare il cuore deve lavorare molto di più, perchè deve mandare alle estremità maggiore quantità di sangue ossigenato. Non si può stabilire un parallelo esatto fra l'aumento dell'atvità muscolare e quello dell'attività cardiaca. Tuttavia, si può calcolare che, nei forti strapazzi fisici, il cuore venga disteso del doppio e fin del triplo. Sicche nella stessa unità di tempo in cui, durante il riposo, un ventricolo spinge 60 cc. di sangue, durante una forte attività muscolare esso ne spinge 120 - 180 cc. Secondo l'autore, fi nora non si è avuto alcun concetto esatto di questo forte aumento dell'attività del cuore durante l'attività muscolare, oppostamente a quanto avviene nel riposo. Sicchè, proseguendo a lungo lo strapazzo muscolare eccessivo, accade in ultimo che le abnormi distensioni dell' organo ne determinano una iperdistensione. E ciò ci farebbe anche intendere il nesso fra queste distensioni fisiologiche e la genesi della dilatazione patologica del cuore, della cosidetta dilatazione passiva. Come ci è noto da una serie di lavori, specialmente da quelli del Leyden, possono svilupparsi cardiopatie in seguito a strapazzi muscolari esagerati. Finora, ciò era dimostrato in base ad osservazioni cliniche ad anatomo-patologiche; oggi, possiamo spiegarci agevolmente questo nesso. Evvi naturalmente una certa analogia, o piuttosto eguagliansa, fra la dilatazione passiva del cuore e l'esagerata attività funsionale dell' organo.

In base a questo concetto, ci riesce agevole intendere, perchè nei disturbi di compensazione dobbiamo aver cura perche gli infermi stieno in riposo Poiche il cuore trovasi allora nello stesso stato come se l'individuo avesse eseguito un lavoro esagerato, non bisogna imporgli un sovrap più di lavoro con nuovi strapassi muscolari. E ci riesce anche agevole intendere, perchè l'alleviamento, determinato dal riposo e dal ridurre, di tratto in tratto, la razione alimentare, possa telvolta indurre finanche un aumento della diuresi. Il cuore deve allora riaversi dalla sua iperdistensione; e qualsiasi fattore, che codiuva tale opera acquista un gran valore.

Durante la vita, questa distensione dell'organo è stata constatata con la percussione. Schott fece rilevare ciò, cinque anni or sono. Zuntz e Schumburg, nei soldati che avevano eseguito lunghe marce, portando uno saino molto pesante, accertarono che l'aja di ottusità del cuore era aumentata a destra, e che era altresi accresciuta l'aja di ottusità del fegato.

Tutti questi fatti ci danno pure un'interpretazione razionale di un'antica osservazione, cioè che ai vecchi riesce nocivo il continuo riposo muscolare. Poichè in qualsiasi attività muscolare il cuore si distende più fortemente che nel riposo, quando l'infermo rimane inchiodato per lungo tempo a letto, vengono a mancare queste distensioni fisiologiche; d'altro lato, si sviluppano facilissimamente bronchiti, oppure si aggravano quelle già esistenti. Oltre a ciò, è noto, che chi che restano per lungo tempo a letto, a pia, ecc.

causa di uno stato patologico del cuore, aumenta le stasi negli organi della respirazione. Quindi, riassumendo: da un lato aumentano le resistenze nel piccolo circolo, e d'altro lato, vengono a mancare le abituali distensioni fisiologiche del cuore.

E' chiaro, che deve venire un momento in cui le resistenze non possono più essere superate dal cuore destro, e ciò apporta le fatali conseguenze a tutti ben note.

Inoltre, l'autore ritiene, che l'aumento della attività muscolare non sia vantaggioso ad un solo gruppo di cardiopatici. Secondo lui, una certa alternanza fra il riposo e l'attività, è necessaria così per il cuore ipertrofico come per quello sano. In fatti, durante la vita, il cuore deve essere in grado di compiere un lavoro al di là dell'ordinario, e quindi di eseguire distensioni più forti. Nei vecchi, può riuscire perfino fatale disabituare il cuore dalle forti distensioni. Si può, riducendo ad una giusta misura l'attività muscolare, accrescere per un dato tempo, in limiti ad guati, la funzione dell'organo. Va da se, che nel valutare la quantità di lavoro muscolare, che deve essere imposta, bisogna tener conto dell'età dell'individuo, del lavoro muscolare a cui è stato abituato fino allora, e del grado fino a cui tollera l'aumento dell'attività muscolare. Quanto più grada amente viene accresciuto il lavoro, e quanto più esattamente si osserva in qual modo il cuore vi reagisce, tanto più certamente possiamo scongiurare qualsiasi nocumento al rispettivo individuo.

Oltre a ciò nel valutare il lavoro muscolare che deve essere compiuto dal rispettivo individuo, bisogna altresi tener conto del rapporto in cui sta il cuore verso il peso del corpo. In fatti, specialmente nelle persone obese, la muscolatura qualche volta è debolmente sviluppata. In essi, qualsiasi attività muscolare, che non avrebbe quasi alcun riverbero sopra l'individuo sano, rappresenta una forte attività funzionale.

Il non tener conto di ques o fatto, può avere

conseguenze pericolose.

Quando si tratta di individui giovani, si può forse essere meno cauti nel prescrivere la quantità di lavoro muscolare. In questi individui, i sintomi di una nevrosi cardiaca costituiscono, il più delle volte, la causa per cui vengono loro raccomandati esercizii muscolari. Così la teoria come la pratica dimostrano concordemente, che, nelle persone giovani, il cuore deve abituarsi alle forti distensioni, perchè in siffatto modo esso viene reso durevolmente resistente.

Al pari dell'attività muscolare, deve essere giudicata anche la cosidetta ginnastica di resistenza, perche anche essa impone un sovrappiù di lavoro al cuore. Sicchè anche in essa bisogna procedere gradatamente, e non già a sbalsi.

Pertanto, su tale riguardo, come Wolfner giustamente ha fatto rilevare, molti successi attribuiti alla ginnastica di resistenza, furono conseguiti mediante il soggiorno nella stazione la respirazione torpida, come si ha nei vec-|balneare, l'allontanamento dagli affari, l'idrotera-

In ultimo, l'autore fa una considerazione teoretica, che ha una qualche importanza. Egli fa rilevare che, in molti clinici è attecchito il convincimento, che sopratutto l'aumento della pressione sanguigna, sia nocivo al cuore; e quindi, conseguentemente a tale concetto, la cura viene diretta a combattere l'aumento della pressione sanguigna. Ed appunto, perchè dominato dallo stesso concetto, O e r t e l propose le ascencioni sui monti, perché con ess, la pressione san guigna viene accresciuta relativamente meno che non camminando in pianura. Ora, secondo H i rejoh feld. arche quando si riscontri un aumento della pressione sanguigna di 20 mm. o più, ciò non dà alcua indice esatto del conside revole lavoro in più che compie il cuore.

Inoltre è da prendere in considerazione, che spesso non si osserva neppure quest' aumento

della pressione sanguigna.

Egli accorda altresi troppo poca importanza al fatto che, non poche volte, restando eguale od anche bassa la pressione sanguigna, il cuore deve eseguire un lavoro in più dell'ordinario. Ciò accade specialmente nei d'sturbi di compensazione, nei quali per solito la pressione sanguigna suole essere bassa. Secondo Hirschfeld, il concetto espresso da Z u n t z circa la distensione del cuore o la rispettiva iperfunzionalità, ci fornirebbe, circa il lavoro di quest'organo, un' idea molto più esatta di ciò che lo faccia la misurazione della pressione sanguigna.

Riassumendo: in tutti gli strapassi muscolari il cuore viene disteso più fortemente che nel ripcso. In siffatto modo è da spiegare la cardiopatia in conseguenza di esagerata attività funzionale. La pruova di questa distensione, finora è stata data con la percussione, allorché essa aveva raggiunto un alto grado. Hirschfeld afferma che in alcuni casi di questa specie ha potuto finanche constatare, che i toni cardiaci subiyano qualche modificazione, e che sopratutto il secondo tono della polmonale appariva più accen-

tuato.

I forti esercisi muscolari sono stati finora raccomandati, per lo più nella ipertrofia di cuore sviluppata in conseguenza di una vita da epulone, come pure in alcune nevrosi cardiache. Ora, secondo l'autore, per la prima di queste affezioni non è stato preso in considerazione, se non che il ridurre, di tratto in tratto, la razione alimentare dell'infermo, equivaleva a procacciargli un alleviamento più o meno considerevole.

Socondo lui, ciò deve essere tanto più preso in considerazione, in quanto che, nei casi di questa specie, la mensa troppo lauta ha contribuito a determinare l'ipertrofia cardiaca ed il disturbo di compensazione. Hirschfeld e talmente convinto di tal cosa, da affermare che così per la cura dei cardiaci come per impedire la insorgenza di cardiopatie negli individui sani è necessario che, ad intervalli, si facciano esercisi muscolari che aumentino l'attività funzionale del cuore. La quantità e qualità di questi esercizii, saranno ben valutate seconde le condizioni esistenti nel caso singolo (Deutsche medicinische Wochenschrift, 11 febbraio, 1897).

Meyer

RIVISTA DI CLINICA

Clinica chirurgica dell'ospedale civile di Mancy [Prof. Gross]

La lussazione inveterata dell' anca e la sua cura chirurgica

Noi ci occuperemo di un nomo, il quale, a diverse riprese, è stato vittima di accidenti gravi. Egli presenta una lussazione esterna inveterata, dell'estremità superiore del radio sinistro e le tracce di uno schiacciamento delle falangi di 2 dita dello stesso lato.

Circa 4 mesi addietro, questo disgraziato fu travolto da un carro carico di legname; il carico gli cadde sul dorso el egli allora si trovò piegato in 2, con le cosce violentemente flesse sul bacino. Dopo l'accidente si constatò lussazione dell'anca sinistra e frattura del capo superiore dell'omero sinistro. Quest'ultima si consolidò facilmente. Ma da quest'epoca l'infermo non potè deambulare senza l'aiuto delle grucce o del bastone.

Furono fatti 2 tentativi di riduzione dal medico, che però rimasero senza risultato. Attualmente noi constatiamo, che quando l'infermo giace nel letto, l'arto inferiore di sinistra è raccorciato di 5 cm. ed è rotato in dentro; la coscia è flessa sul bacino, la gamba sulla coscia. Non v'ha gonfiore dell'arto.

All' ispesione, l'articolazione coxo-femorale ap. pare deformata; al palpamento si trova il gran trocantere spostato in dietro ed in alto per rapporto alla spina iliaca superiore- anteriore. Esso si trova a 3 cm. sopra della linea di Nèlaton Roser. Il gran trocantere giace superficialmente, ed in sotto di lui si sente con facilità, nella fossa iliaca esterna, la salienza arrotondita formata dal capo del femore.

La diagnosi, facile a causa dell'assenza di tumefazione e di dolentia, è più facile adesso, che non per lo addietro, in cui era facile confondere la lussazione dell'anca con una frattura del collo

Ma nella frattura del collo, la rotazione quasi sempre è verso fuori e rarissimamente in dentro. Nelle fratture estra-capsulari v'ha aumento di volume del gran trocantere e dolore vivissimo alla pressione a livello di questo. Se vi sono

dubbii, l'anestesia permette di fare più facilmente la diagnosi, perchè se vi ha frattura si può effettuare a primo colpo la riduzione ed in certi casi il crepitio conferma la natura della lesione. Quando si tenta di correggere la posizione visiosa dell' srto in rotazione esterna, si sente (se vi ha frattura del femore) il gran trocantere girare liberamente, mentre nella lussazione esso rota deserivendo un arco di cerchio intorno alla testa del femore spostats.

Quando la lesione data da più mesi, come è nel nostro infermo, la diagnosi differenziale è più facile. Resta però a domandarsi se si tratti di una lussazione traumatica, ovvero di uno spostamento patologico del capo del femore, o d'una lussazione coxalgica, per es.

Nel caso in ispecie, questa ipotesi può essere immediatamente eliminata.

Non v'ha sintoma alcuno di coxalgia; quindi si tratta di una lussazione esterna della testa del femore, lussazione iliaca.

Le lussazioni dell'anca riconoscono quasi sempre, quale causa, un grave trauma, una caduta dall'alto; esse comprendono due grandi gruppi, le lussazioni in dentro e quelle in fuori.

Il gruppo esterno comprende una lussasione in in bas o (ischiatica) ed una in alto (iliaca) che è la più comune; poi vi sono varietà eccezionali quali ad es. la sopra spinosa, la tubero-ischiatica, la ischic-cotiloidea. Il gruppo interno comprende anch'esso una varietà in basso (otturatrice) ed una in alto (pubica) e due varietà eccezionali, la perineale, e la sopra-spina.

N lle lussasioni in dentro, i sintomi sono molto diversi da quelli della lussazione in fuori; la coscia è in forte flessione sul bacino con rotazione con rotazione esterna pronunciata e notevole abduzione; si trova facilmente la testa del femore nelle lussazioni pubiene a causa della sua posizione superficiale; al contrario con difficoltà si rintraccia nella varietà otturatrice, in cui è profondamente situata.

Il meccanismo delle lussazioni dell'anca, benchè abbia dato luogo a numerosi lavori, è ancora molto discusso; ad ogni modo, esse si producono durante la flessione della coscia sul bacino. In questo movimento la testa femorale urta direttamente contro la parte posteriore della capsula, al disotto del cavo cotiloideo, e può romperla. Se il trauma colpisce l'individuo mentre l'arto sta in addusione ed in rotazione verso fuori, la testa del famore passa in fuori dell'acetabolo e si ha una delle varietà esterne di lussazione; se,

al contrario l'arto è in abdusione e rotagione esterna, la testa femorale si porta verso dentro e si ha una lussazione interna.

Pel Tillaux, dal grado di flessione della coscia sul bacino al momento del trauma, dipenderebbe la varietà della lussazione; una flessione che non oltrepassi l'angolo retto darebbe luogo alle lussazioni in alto (iliaca o pubica) mentre una forte flessione, indurrebbe le varietà in basso (ovalare o ischiatica) ed in questi differenti casi la capsula si romperebbe in punti diversi.

In alcuni casi rariss imi, la testa del femore prende una posizione intermedia tra le lussazioni interne ed esterne; essa allora corrisponde direttamente alla parte superiore o inferiore della cavità cotiloidea dando le varietà di lussazione sopra- o sotto-cotiloidea.

Per Bigelow, al contrario, la testa del femore verrebbe sempre fuori dalla parte più bassa dell'articolazione, rompendo la capsula posteriormente. Poi avverrebbero spostamenti secondarii, il cui verso sarebbe determinato dai rapporti reciproci della testa e del ligamento di Bertin, lussasioni esterne se la testa passa al di fuori di questo, interne se al di dentro, inferiore se la capsula non è staccata dalle sue inserzioni cotiloidee, superiore nel caso contrario.

La riduzione delle lussazioni dell'anca, ordinariamente facile durante i primi giorni, diviene rapidamente difficile el anche impossibile in seguito. Dopo 2 mesi la testa del femore ha già contratto aderense solide con la parte dell'osso con cui si trova a contatto; l'occhiello della capsula si è cicatrizzato attorno al collo che esso circonda come un anello inestensibile e non permette più il passaggio del capo articolare.

D'altra parte, i muscoli peri-articolari i cui punti di attacco si trovano ravvicinati, si retraggono ed oppongono un nuovo ostacolo alla ridusione. Lo stesso accade pel ligamento di Bertin, pel tendine dell'otturatore. Finalmente lo acetabolo rapidamente si colma più o meno completamente di tessuto fibroso e residui capsulari, e ciò costituisce una causa importante d'irriducibilità.

Nel nostro infermo la lussazione non ha potuto essere ridotta neppure nei primi tempi, malgrado l'anestesia.

Che cosa possiamo fare oggi?

Il disturbo che l'infermo accusa nella deambulazione è notevole; esso non può nè deambulare nè poggiarsi sull'arto leso; quindi bisogna intervenire, Tenteremo di nuovo la riduzione? Essa non riuscirebbe, quindi è meglio astenercene. Nei casi di simil genere si tenta la riduzione cruenta mercè l'artrotomia.

Bisogna allora liberare la testa articolare delle aderense che la tengono fissa e scavare una nuova cavità cotiloide al posto dell'antica, obliterata. Queste operazioni sono sempre lunghe e facilmente seguite da postumi infettivi.

Un altro metodo proposto, consiste nella resezione del capo femorale, che costituisce il principale ostacolo alla riduzione; asportata la testa articolare è facile ricondurre il collo a livello dell'acetabolo.

Io mi atterrò a quest'ultimo processo, il quale oltre ad essere più rapido, ci mette al coverto dal rischio di una infesione.

Previa anestesia ed antisepsi della regione, io farò al davanti della testa femorale (per non essere da essa ostacolato), una incisione lungo la linea che dalla spina itiaca antero-superiore va al margine posteriore della cavità acetabolica. Questa incisione permetterà, dopo aver traversato i glutei, di giungere sulla testa del femore e resecarla, di sezionare le briglie capsulari (che potrebbero opporsi alla correzione della posizione) e di ravvivare il fondo del cavo cotilcideo, in cui sarà portato il collo. Dopo fognamento e sutura delle parti molli, l'ar to sarà rigorosamente immobiliszato in buona posizione con apposito apparecchio (Le Bullettin mèdical, 17 febbraio 1897).

NOTE TERAPICHE

Nacciarone

Brissonnet.— i succedanci dei jedeformio

Il jodoformio, tanto utile in numerosissimi tasi, possiede però proprietà che ne rendono talvolta l'uso difficile, cicè l'odore disgustoso, la tossicità e l'irritazione sulla qute sana.

Dippiù si sa che il jodoformio sa vitro è privo di ogni potere antisettico; quindi bisogna ammettere che la sua asione terapeutica favorevole (specie nei casi di tubercolosi chirurgica locale) sia duvuta al fatto che in contatto con i tessuti vivi esse, decomponendosi metta jodo in libertà.

Ogni buon succedaneo del jodoformio deve rispondere ai 4 seguenti desiderati: sesere privo di odore agradevole, non essere tossico, non irritare la cute sana, contenere una sostanza attiva da mettere in libertà nelle stesse condizioni del jodoformio; in altri termini il succedaneo del jodoformio deve essere difficilmente solubile.

Per ordine cronologico, i succedanei proposti al jodoformio furono i seguenti: « jodolo, tricloro-fenolo, tri-bromo-fenolo, tri-bromo-fenolobismuto o xeroformio, preparati di sozo-jodolo, solfo-fenato di sinco, sulfominolo, aristolo, euforina, pioctanina, dermatolo, cloridrato di fenocolla, salolo, euforeno, cinnamato di gualacolo, thioformio, loretina, airolo e accedeno ».

Jodolo (o tetra-jodo-pirrolo.—Contiene 1,80 per

100 di jodio.

E' assosbito tanto dalle mucose sane che ammalate; non penetra a traverso la cute intatta. In generale è inferiore al jodoformio come rimedio per la cura antisettica delle ferite.

Non per tanto le ferite curate con jodolo guariscono facilmente e le secrezioni sono e restano

inodori.

Triciorofenolo. — Disinfettante energico, utile nelle solusioni di continuo gangranose od ulcerose. In polvere può essere prescritto per polverissare o covrire la piaga; la medicatura può restare in sito per 8 giorni.

L'odore penetrante del triclorofencio è assolutamente mascherato dall'essenza di lavanda.

Tribromofenolo (o bromolo).— E' dotato di proprietà antisettiche molto energiche; attiva l'eliminasione delle parti gaugrenate. Spolverato in troppa quantità sulle piaghe recenti o coverte di vegetazioni, agiese come un cauetico energico.

Si prescrive per via interna nel colara infantile, nel tifo, nell'ascesso polmonare, alla dose di

5-15 milligrammi.

Al peri di tutti i composti contenenti fenolo, a dose alta riescono irritanti e caustici tanto il triclorofenolo quanto il tribromofenolo.

Quest'asione non è dovuta al Cl o al Br combinati, ma alla presensa di un gruppo fenolico (OH fissato al nucleo aromatico) al quale in realtà debbono la loro asione antisettica.

Ora, saturando questo gruppo con un ossido (ossido di bismuto), si otriene un nuovo corpo, il tribromofenol-bismuto o meroformio il quale è antisettico energico ma non irritante.

Questo può essere scaldato a 120º senza decomporsi.

Innocuo quando viene somministrato per bocca (4 a 7 gr. pro-dis) ha una asione specifica contro il germe del colera esiatico; topicamente, sulle piaghe, ulcere, ecc., è antisettico energico (non per sè ma per lo sdoppiamento dei suoi componenti a contatto dei succhi dei tessuti sani) però inferiore al jodoformio, ma ha il vantaggio di non produrre alcuna irritazione locale (ezitemi, ecsemi).

Nelle ulcere torpide è buono adoperare prima lo xeroformio fino alla comparsa di bottoni carnosi resistenti e poi passare al jodoformio.

Esco può adoperarsi per polyerizzazioni α_isotto forma di unguento o di emulsione, entrambi al 10-20 per 100.

Il solfofenato di sinco, l'eurofene, la loretina, sono poco adoperati.

Il salolo è di uso troppo comune, specie nelle

lesioni di continuo per scottatura, perchè si abbia bisogno di parlarne.

Il solfaminolo è una polvere giallastra, inodora, insipida, non tossica e non irritante.

E' sopra tutto indicato per le medicature a secco. Si dà per via orale contro la cistite, alla dose di 25 ctgr. *pro die*.

L'aristolo o jodotimolo non provoca fenomeni secondari spiacevoli, ma non ha neppure azione antisettica notevole.

Agisce come anti-nevralgico ed è meno irritante del jodoformio. Trova la sua applicazione nella bassa chirurgia.

Il di-jedoformio è antisettico, anestesico, antiscrofoloso, cicatrizzante. H a 11 o p e a u lo vanta nella cura dell' ulcera molle; B e y n a u l t e V i g i e r lo pongono in chirurgia accanto al jodoformio del quale però non ha l'odore spiacente.

La pioctanina bleu si adopera in chirurgia, la gialla in oculistica.

Sono derivati delle aniline, molto antisettici e non tossici. Si adoperano in polvere, pomata, (1-20 p. 100), cotone e garsa (1 p. 100). Colorano la cute, ma le macchie possono farsi scomparire con l'acqua di Javelle.

Il thioformio è antisettico e disseccante; è raramente adoperato.

Il dermatolo (sotto gallato di Bi) adoperato a lungo può provocare fatti flogistici.

E' antisettico e disseccante,

L'airolo (ossi-jedo-gallato di Bi) è meno tossico del jedoformio, ma ha lo stesso potere antisettico.

Oltre a non avere l'odore penetrante e la proprietà irritante per la cute che ha il jodoformio, esso è superiore a questo ultimo 1.º perché messo in contatto con i succhi dei tessuti caldi pone in libertà jodo e 2º perchè, grasie al bismuto che contiene, è dotato di potere essiceante altissimo.

Il nosofeno o tetra-iodo-fenol-fialeina è una sostanza polverulenta, gialla, insipida, insolubile in H²O. Contiene il 60 p. 100 di jodo e si combina con le basi per formare sali solubili.

Esso non è tossico, ed attraversa l'organismo senza decomporsi.

Viene adoperato per insuffiazioni nella corizza acuta, rinite cronica, ecc.

Concludendo può dirsi: che di tutti i succedanei proposti pel jodoformio, nessuno ha potuto prendere il suo posto.

Se talvolta essi ne hanno qualche difetto in meno, al contrario non ne hanno tutte le virtu; in alcuni casi particolari possono sorpa-sarlo solo per le loro proprietà disseccanti (*La Gasette mèdicale du centre*, febbraio 1897).

Nacciarone

A. Tilger. — L'îtrele e l'actele nella clinica privata.

Sopra questi due sali di argento, non ha guari introdotti nella terapia, e che già incominciano ad essere sperimentati su vasta scala, l'autore riferisce circa i risultamenti, che ne ha tratti nella pratica, in un numero molto rilevante di casi.

In 20 casi di malattie degli organi sessuali curati con l'itrolo (citrato di argento), si ebbero ottimi risultati.

In nove casi di gonorrea acuta, la guarigione si ebbe, in un tempo molto più breve che non col nitrato di argento a dosi progressivamente crescenti, e, ciò che è più, non si ebbe neppure l'ombra della complicazione. Ed analoghi risultamenti favorrevoli si ebbero in cinque casi di uretrite posteriore, di cui quattro guarirono nello spazio di due a quattro settimane, mentre una lunga cura precedente col nitrato di argento non aveva dato l'effetto che si sperava. Inoltre nessuno degli infermi accusò dolore dalle iniezioni. Al principio della cura si adoperava il grado massimo di concentrazione del farmaco, 1:4000 oppure 1:5000; e la soluzione da iniettare veniva sempre preparata di fresco.

Iuoltre, l'autore ha sperimentato l'itrolo in sei casi di ulcerazioni del glande e del prepuzio, (e propriamente 1 caso di ulcera molle, 1 di balanc-postite, 8 di erpete prepusiale, 1 di ulcera artificiale del ghiande per stimoli chimici). In tutti questi casi l'autore adoperò l'itrolo in forma di polvere, e propriamente nel modo che segue: ogni giorno l'infermo lavava l'asta in acqua tiepida, indi spalmava l'itrolo in polvere sul tratto ulcerato, e poi covriva con un sottile strato di ovatta. Sopratutto per le forme erpetiche così facilmente recidivanti, l'autore ritiene che questa cura sia eccellent, e che, adoperata a tempo, possa costituire addirittura una cura abortiva.

Anche le ulcere molli, guarirono con tale sorprendente rapidità, che egli raccomanda caldamente di fare ulteriori esperimenti sul proposito. Inoltre, fra le malattie, che rientrano in questo gruppo, egli ha curato due casi di endometrite puerperale con l'itrolo. In amendue i casi, dopo un lavacro intrauterino, la febbre declinò rapidamente.

La soluzione di itrolo adoperata fu di 1:5000. Essa non produsse alcuna irritazione, e si addimostrò scevra di qualsiasi pericolo.

Circa gli altri quattro casi di questo gruppo, in due trattavasi di omfalite dei neonati, e si ebbe rapida guarigione con l'itrolo, usato sia sotto forma di polvere, sia sotto forma di unguento Negli altri due casi trattavasi di ragadi del capezzolo, che si dissiparono ben presto, sotto l'applicazione di compresse, imbevute di una soluzione di itrolo.

I ventun caso del secondo gruppo si ripartiscono come segue: stomacace 1 caso, con risultato ottimo; stomatite follicolare suppurativa in 1 bambino guarito rapidamente mercè applicazioni di itrolo; periostite alveolare purulenta, 8 casi, con risultato abbastanza soddisfacente; 1 caso di angina scarlattinosa e 8 di tonsillite follicolare, guariti; 6 casi di faringite ipertrofica cronica, con miglioria nello stato obbiettivo e scomparsa dei disturbi subiettivi in 8 casi; congiuntivite suppurativa 2 casi, che migli orarono subito affesioni auricolari, 4 casi (2 casi di otite media purulenta, 1 di otite-media tubercolare, 1 di otiti exeterna aspergillica). Nella otite tubercolare, l'au-

tore esegui per lungo tempo insufficzioni con polvere di itrolo. Il risultato fu una non dubbia diminuzione della secrezione e la scomparsa dei disturbi subjettivi.

In quanto all'actolo (lattato di argento), l'autore afferma, che finora egli non possiede tale una serie di osservazioni personali, da potere emettere un giudizio reciso su di esso. Crede, però, che anche questo nuovo farmaco sia dotato di un valore positivo. Ed all'uopo riferisce un caso osservato in persona di una donna a 57 anni, la quale, da cinque anni era affetta da lupus esulcerato dell'indice destro. Malgrado le più svariate cure, adoperate per combattere quest'affesione (causticasione col nitrato di argento, cauterissasione, ecc.) l'affesione progredi con lentezza, ma incessantemente, sicchè in ultimo le fu consigliata l'amputazione del dito. E poiche l'inferma recalcitrava di sottoporsi a questa operasione, l'autore le consiglio di fare un tentativo con l'actolo.

Dopo asportazione delle granulazioni fungose col cucchiaio tagliente, e consecutiva irrigazione della parte con una soluzione fisiologica di cloruro di sodio, fu spalmato un denso strato di actolo. Si produsse una leggera dolorabilità, la quale durò per molte ore; tuttavia il risultato di questa prima medicazione non poteva essere, dice l'autore, più incoraggiante, perchè il fondo dell'ulcera ne fu completamente deterso. Sotto la prolungata azione dell'actolo si incominciò a notare una spiccata tendenza alla cicatrizzazione. che l'autore credette opportuno accelerare sostituendolo con l'itrolo. La guarigione fu completa, giacche si produsse una bella cicatrice liscia.

Biassumendo: l'autore conferma pienamente il giudizio che Oredè ed altri avevano, prima di lui, portato sull'itrolo e sull'actolo, che egli reputa due buoni acquisti della moderna terapia. Baccomenda ai colleghi di continuare a sperimentare l'asione dell' itrolo e dell' actolo nelle affesioni lupose. Fa rilevare che, come materiale di medicatura, egli adopera oggi la garza sterilizzata di Credè, che crede opportuna. Dà termine alla sua relazione, dichiarandosi pienamente convinto che la cura delle ferite con quei due preparati di argento, l'itrolo e l'aetolo, rende possibile di ettenere, nella pratica privata, risultamenti eguali a quelli che si hanno dalla cura asettica. Però, laddove quest'ultima riesce molto malagevole al medico pratico, e spesso addirittura inattuabile, la cura delle ferite con l'itrolo e l'actolo è facile ed è coronata da buoni risultamenti (Münchener medicinische Wochemechrift, n. 6, 1897). Meyer

Del glicerofesfati

Se si consulta il Disionario del Dujardin-Beaumetz, si sarà colpiti, scrive il Bardet (Bullet. gen. de therap. 8 febbraio 1897), nel vedere all'articolo «Fosforo» che la teoria e la pratics son concordi nel dimostrare che la cura fosforata è una chimera e che i fosfati si somministrano inutilmente agli infermi, essendo la loro assimilazione materialmente impossibile.

Ció è sì vero che da una quindicina di anni a questa parte i chimici si sono adoperati a cercare dei corpi che potessero fornire all'organismo del fosforo sotto una forma per dir così vivente, onde assicurarne l'assorbimento e l'assimilazione.

I glicero-fosfati rappresentano sotto questo punto di vista la forma migliore, poiche, secondo i chimici più reputati, è sotto questa forma che il fosforo esiste nei diversi tessuti e specialmente nella sostanza nervosa e nelle ossa.

Da ciò appare che la loro indicasione non è solo per la neurastenia, ma per tutti i casi, in cui l'organismo perde la sua riserva salina, anzi se essi riescono efficaci nella neurastenia, è appunto quando questa malattia si accompagna con perdita di fosfati, siccome può rilevarsi in questi casi dall'esame dell'urina. Così essi trovano la loro indicazione nella serofola, nella rachitide, nell'anemia, nel diabete, e via dicendo.

Il Bardet, intanto, rileva che egli intende parlare dei glicero fosfati in genere e non di questo o di quel fosfato, poiché, infatti, se il terapista vuol compensare la perdita di fosfore dall'organismo, deve aver presente che questa sostansa si trova in combinazioni diverse nei vari tessuti, sotto forma cioè di fosfati di calce, di magnesia, di soda, di potassa e di ferro, e sarebbe un grosso errore di somministrarlo sotto forma di un sale particolare soltanto. Il compenso curativo al pari della perdita, deve essere molto più complesso, e si deve fare quindi una cura polifosfata, siccome, seguendo lo Charcot si fa pei bromuri. Di più sarà utile associare ai glicero-fosfati altri medicamenti che esercitano azione analoga sulla nutrizione.

A. Robin all'uopo consiglia la formula seguente :

Glicerofosfato	di calce	centigr.	60
•	di soda	>	20
•	di potassa	•	20
•	di magnesio	•	20
•	di ferro	•	10
Polvere di fa	va di S. Ignazi	io »	06
	f. c. dna.		

Una al mattino ed una alla sera.

Negli anemici si può aumentare la dose del glicero-fosfato di ferro, come, in caso di dispepsia per insufficienza di succo gastrico, aggiungere della pepsina in scagliette e della maltina.

Nei bambini si possono somministrare i glice ro-fosfati sotto forma di sciroppo, ma sempre badando che lo sciroppo sia soprassaturo di zucchero, altrimenti i glicero-fosfati si scompongonoe che se ne prepari sempre per poco tempo. Ecco, la formula indicata dal Robin:

Glicerofosfato di calce	gr	. 6
 di soda) 		
a di potassa {	ana >	8
di magnesia		
di ferro	•	1
Tintura di fava di S. Ignazio	20008	80
Tintura di Kola	gr.	10
Sciroppo di ciliege	•	190
Due a tre cucchiaiate da suppa	al giorn	0,

L'eucaina in chirurgia

Comparando la cocaina con la eucaina, Le g u e u e Li h o n vengono, dalle loro osservazioni, alle seguenti conclusioni:

dal punto di vista chimico, l'eucaina è un prodotto molto più stabile della cocaina e le sue soluzioni potranno essere facilmente sterilizzate per semplice ebollizione senza teme che si scompongano, laddove', la cocaina si scompone facilmente.

Dal punto di vista fisiologico, sebbene la cocaina e l'eucaina fossero molto analoghe, la loro azione sul cuore è differente. La cocaiua induce un acceleramento del polso ed un innalzamento della pressione arteriosa con ischemia della regione anestesizzata. I eucaina, per converso, induce rallentamento del polso ed abbassamento della pressione arteriosa, con iperemia della regione anestesizzata.

Dal punto di vista dell'anestesia, l'eucaina sembra abbia un'azione più rapida. Infine la sua tossicità è inferiore a quella della cocaina, poiché, secondo Kiesel, se ne possono iniettare impunemente sino a due grammi.

L'eucaina, nondimeno, presenta alcuni inconvenienti e cicè: essa è più dolorosa nell'iniezione ed è iperemizzante, onde non potrà, per quest'ultima cagione, essere adoperata in oculistica, nelle infiammazioni oculari, e nella cistoscopia, nei tumori sanguinanti della vescica, ecc.

Ad ogni modo, l'eucaina è sempre un ottimo anestesico locale, da cui, al pari che dalla cocaina, la chirurgia potrà trarre grandi vantaggi (Gas. des Hòpit., 18 febbraio 1897).

M.

TOSSICOLOGIA

La ricerca dell'arsenico nelle sestanze organiche

Il processo usato da Nikitine è il seguente: si mettono da 20 80 gram, della sostanza sospetta in una boccetta di Kjeldhal, facendo arrivare il collo ricurvo e sottile di essa in una boccetta ripiena a metà di acqua distillata. Nella prima boccetta si versa quindi dell'acido solforico concentrato nella proporzione di 2 a 8 cc. per ogni grammo di sostanza e si riscalda per 8 o 4 ore fino a che il liquido si scolora. Ad attivare la reazione è utile aggiungere un pò di ossido di rame (privo di arsenico). Quando il liquido si è del tutto scolorato e si è raffreddato, vi si aggiunge dell'acqua per diluirlo e si tratta con permanganato potassico, fino ad ottenere una colorazione costante, permanente, del liquido in rosaviolaceo, allo scopo di ossidare tutto l'acido solforico adoperato e che impedirebbe la reazione nell'apparecchio di Marsh, nel quale viene quindi esaminato il liquido suddetto. Ad affrettare la dissociazione dell'idrogeno si può al liquido aggiungere qualche goccia di soluzione di solfato di rame. Con il processo descritto si può scovrire fin ad un centesimo di milligram, di arsenico.

W. O. Moor. — Il permanganete di petassio nell'avvolenamente per opple.

L'oppio ed i suoi derivati, rimedii importanti e molto in uso, sono causa di frequenti avvelenamen i (Barker Smith ha' potuto stabilire che nell'ultimo decennio in tutto il mondo morirono 100000 persone per effetto dell'oppio). Pertanto appaiono giustificati gli studii non pochi, fatti con lo scopo di trovare un antidoto vero e sempre efficace dell' oppio. Ricordiamo, fra l'altro, l'antagonismo tra oppio ed atropina da taluni osser-vatori molto vantato, da altri (Brown-Sèquard, Harley, Lenhartz, Smith) combattuto e perfino dimostrato inesistente. Parecchi anni addietro si preconissarono i permanganati quali antidoti di tutti i veleni organici in generale, e però anche per gli alcaloidi; ma, come il Moor ha potuto dimostrare sperimentalmente e clinicamente, tale principio è del tutto arroneo, in quanto che i permanganati non esplicano asione alcuna sull'atropina, nè tampoco sulla cocaina. veratrina, pilocarpina, caffeina, aconitina, iosciamina, ioscina, ecc., ecc.

Moor afferma con pieno convincimento, che il permanganato di potassio è il vero ed efficace antidoto dell'oppio e dei suoi alcaloidi. Esso ha pronta, immediata azione sulla morfina; 0,06 grm. di permanganato ossidano una quantità uguale di morfina. Il sale di potassio si trasforma in idrato di potassio, in biossido di manganese idrato ed ossigeno; la morfina a sua volta viene trasformata in una sostanza analoga alla piridina, e cioè nell'acido tricarbossilico.

Il Mour, allo scopo di indagara se è per ossidazione, indotta dal permanganato di potassio, che la morfina è resa innocua, stabili esperimenti

in mass ma purte su di sè stes 10.

El avendo egli trova o in p. selenza che il permanganato ossida elettivamente la morfina in soluzione albuminats, potè ingerire senza danno alcuno, dosi sempre crescenti di morfina, curando di prendere dopo pochi min iti dosi corrispondenti del sale di potassio. Così ad esempio, dopo circa 2 ore dalla colezione, ingeri 80 centigrammi di morfina ed immediatamente dopo trangugiò 50 centigrammi di permanganato di potassio sciolti in 250 grm. di acqua, e non si produsse effetto narcotico. Ma poiche la morfina, o l'oppio in sostanza non hanno azione caustica sulla mucosa gastrica, e poichè per effetto degli oppiacei appunto, è molto scemata l'attività del tubo gastroenterico ed in pari tempo anche il potere assorbente della mucosa gastrica, non é necessario che il permanganato venga ingerito immediatamente dopo che la morfina o l'oppio sono giunti nello stomaco. Altro futto importante è che, come risulta da non poche ricerche sperimentali, fra oui più convincenti sono quelle di Hitzig, la morfina somministrata per via ipodermica è sicuramente eliminata per la mucosa gastrica. Ne deriva necessariamente che un antidoto debba distruggere nello stomaco stesso una certa quantità del veleno, penetrato nel circolo dietro iniezione ipodermica o per bocca.

Degno di nota è, inoltre, che il permanganato di potassio introdotto per via ipodermica esplica ngualmente il suo effetto. Ciò venne stabilito, e per esperimento sugli animali e per osservazioni cliniche (Moor): in parecchi casi di avvelenamento da oppio, l'antidoto si addimostrò assolutamente efficace (Moor, Hare, Buchner, Sharp ed altri). Dallo studio accurato dei cennati casi, emerge in modo sicuro che l'efficacia delle iniezioni ipodermiche di permanganato di potassio deriva direttamente dall'asione fisiologica di esso, dipendente, probabilmente, dall'assorbimento del biossido di manganese idrato. Pare, altresi, che una piccola quantità di permanganato di potassio nel sangue, accresca per via dinamica il potere ossidante del sangue medesimo, e renda più salda la combinazione dell'ossigeno con l'emoglobina (Buchner).

Si può quindi ritenere col Moor, che le iniesioni ipodermiche di una soluzione di permanganato di potassio, riescano davvero efficaci in casi di narcosi, di asfissia, di cianosi. A tale scopo si potranno fare le iniesioni medesime servendosi di soluzioni all' 1 per 500 o all' 1 per 100.

Volendo somministrare il permanganato di potassio in casi di avvelenamento da oppio, non si deve perder tempo con emetici, ecc., e lo si prescriverà alla dose di 0,5 — 0,6 grm. ed anche più, secondo i casi, in soluzione acquesa; per rendere innocuo l'alcaloide che dal circolo si elimina per la mucosa gastrica, si continui a dare per alcune ore ancora la soluzione allungata e propriamente alla dose di 6 centigrammi in un bicchier d'acqua (Therapeutische Wochenschrift n. 7, 1897).

Liebler

IGIENE INDIVIDUALE

Delle malattie accidentalmente trasmesse dai barbitonsori e parruochieri

Proposte per porvi rimedio, pel dottor Franco Missaglia

Illustri igienisti si sono occupati di tale questione ed hanno richiamato l'attenzione sulle forme parasitarie che tanto facilmente si propagano, specie nelle scuole, nelle caserme e in genere dove vi ha agglomeramento di persone; ultimamente ho letto un articolo dei dottori Randi e Vivaldi, dell'ufficio di igiene di Padova, che fu quello che mi decise ad esporre poche mie idee.

Vediamo ansitutto rapidamento quali sono le malattie che si diffondono per questa via, poi i provvedimenti che ora si praticano contro di esse e, da ultimo, quali le modificazioni e proposte che vorremmo fossero adottate.

Fra le malattie che vengono accidentalmente trasmesse dai parrucchieri, dobbiamo mettere in prima linea le forme di tigna favosa e tigna tri-cofitica,

Ambedue queste ma'attie sono causate da germi vegetali o funghi, formati da lunghi fili di micelli con ramificazioni e catene di spore. L'agente patogeno della prima è detto achorion Schönleinii: quello della seconda trichophyton tonsurans. La prima dà larghe neoproduzioni giallastre, d'aspetto tra la calce e lo zolfo; la seconda, desquamazione degli strati superficiali dell' epidermide, lieve gonfiore infiammatorio, piccole crosticine e caduta dei peli.

Facilmente si comprende come l'agente infettante di tali forme morbose possa essere trasmesso dall' uno all'altro individuo per messo delle mani o degli strumenti che usa il parruc-

chiere.

Una analoga forma parasitaria può presentarsi alla barba, dando luogo alla così detta sicosi parasitaria, che si presenta formata da pustolette confluenti, che danno poi luogo ad infiltra-

sioni maggiori nel derma.

Fu già osservato da Hebra, che la calvizie è molto più frequente nell' uomo che nella donna, mentre si dovrebbe verificare più in quest' ultima, dove per la lunghezza il capello dovrebbe cadere più facilmente. Causa di questo sarebbe il fatto che l'uomo è più esposto ai contagi della donna che fa in casa la propria toilette. Ciò spiegherebbe come l'alopecia areata è più frequente nel sesso maschile, e sosterrebbe la teoria parasitaria di questa malattia in confronto alla trofonevrosi.

Il dottor Fabris accenna pure a due casi di herpes circinatus delle guance che sarebbero

stati trasmessi per questa via.

Frequentissimi sono gli individui affetti da impetigine, che a ragione attribuiscono al barbitona re la causa del foro male.

Ricorderò inoltre che ecsemi, acne, molluechi contagiosi, ectimi, follicoliti, molto diffuse ed assai tormentose, provenienti da questa causa, furono da me osservate nella pratica ospitaliera.

Riguardo a queste ultime (follicoliti) è importante richiamare (quanto già osservò il dottor Fiocco di Padova) che non solo ad altri tali infezioni patogene possono essere diffuse, ma sullo stesso individuo a mezzo dei rasoi, che infettati dal pus di qualche foruncolo pressistente, trasportano l'infezione ai follicoli dei peli, che più tardi cadono. Questa sarebbe una forma di sicosi piogena.

Ricorderò solo di sfuggita che anche per questa via può essere trasmesso l'acaro della scabbia, l'acaro dei follicoli, le var e forme di pedi-

culi (capitis et vestimenti).

Di tutte queste forme parasitarie, alcune arrecano soltanto lievi disturbi ai pasienti, mentre altre sono per questi veramente tormentose. Ricorderò a questo proposito un caso di sicosi della barba, da me osservato, che durava da circa tre anni, e che aveva portato una grave alterazione non solo del fisico, ma anche del morale dell'ammalato.

Epperò nessuna arreca, di solito, malattie veramente gravi costituzionali, Però la forma più importante e che deve essere presa in massima considerazione è l'infezione sifilitica che viene trasmessa assai più di frequente di quanto s crederebbe. Certo i barbitonsori quando vedessero persone affette per causa loro da una malattia costituzionale così grave, per l'individuo e per la specie, si adatterebbero alle noie di una accurata disinfezione di loro stessi e degli strumenti che adoperano.

Senza parlare dei casi in cui il sifiloma inisiale si trova presso la bocca, noterò solo che
nelle forme secondarie di sifilide sono frequentissime le piastre mucose alle labbra. Il secreto
di queste soluzioni di continuo si mesce al sapone, infetta il pennello, il rascio, le mani del
tonsore e può quindi essere, per una ferita od
escoriazione accidentalmente prodotta, innestato
su di un altro individuo. Non dirò che di tali casi
ne escorrono ogni giorno, epperò molti ne raccontano gli autori (Nivet, Narel, Lavallèe), e ne ho riscontrati io pure in persone degne di fede, in cui non si poteva ammettere altra causa di contagio.

L'ulcera specifice si può manifestare allora al mento, alle guance, al collo, e talora, non avvertita dai pazienti se non come lieve scalfittura, da però ingrossamento delle ghiandole (cervicali pria, e dolle altre poi), faringite, roseola dolori alle ossa, caduta dei peli, insomma tutti i fanomeni celtici secondarii.

Di fronte ad una simile sorgente di pubblica infesione quali provvedimenti hanno preso l'autorità, i parrucchieri, i privati?

L'autorità sino ad ora non ha prescritto alcuna regola di disinfezione.

Dei privati, alcuni tengono la loro cassetta con istrumenti esclusivamente per loro uso, altri non so ne curano affatto.

I parrucchieri e barbitonsori hanno fatto dei tentativi che mostrano la loro buona volontà, ma però sino ad ora non giovano a nulla.

Ho visto in alcune botteghe soluzioni di sublimato corrosivo che si tengono per mostra, ma non certo per uso. Ed infatti il barbitonsore che se le è procurate ed ha provato i danni che il sublimato corrosivo arreca a tutti gli strumenti metallici, alle lame dei rasoi, che per tal medo trattate diventano ben presto inservibili, certo non usa il bicloruro di mercurio come disinfettante, e ne è prova bene spesso la vecchia data delle soluzioni, per cui anzichè utili riescono dannose.

Presso altri barbitonsori ho visto pure delle antiche soluzioni di acido fenico a cui non viene mai levato il tappo per timore di dare all'ambiente quell'odore tanto forte per molti assai sgradevole.

E' pure un tentativo d'antisepsi la giubba bian ca adottata da alcuni parrucchieri che può essere di frequente lavata.

Ultimamente seppi da un amico che a Roma un barbitonsore ebbe la lodevole iniziativa di mettere nel proprio negozio una sterilizzatrice. Ma come questa funziona? Viene essa portata a un grado di temperatura sufficiente per distruggere i germi patogeni?

Ciò che ho visto praticare da ben pochi si è una accurata disinfezione delle mani prima di passare dall'un cliente all'altro.

Come in una sala di operazioni chirurgiche la idea si è di avere una sterilizzatrice, dove senza alcun denno, si possano mettere oggetti di diversa natura, come istrumenti metallici, di legno, garza, cotone, indumenti, e da cui si tolgono dopo di averli portati ad una temperatura tale da non permettere la vita di alcun germe patogeno, ma pur si praticano anche operazioni con ottimi risultati facendo uso di meszi più semplici e più seconomici di disinfesione, così anche per la bottega del parrucchiere, mentre sarebbe l'ideale di avere una sterilizzatrice che funzionasse all'uopobisogna pensare di proporre un meszo che sia alla portata di tutti.

Quello che io vorrei fosse adottato mi sembra abbastanza facile ed economico.

I rasoi dovrebbero essere lavati con una soluzione di potassa caustica all'8 per 1000, quindi asciugati e strofinati con cotone insuppato di alcol a 60°. Per ciò basta che nella bottega del parrucchiere vi siano due boccette con tali liquidi di poco costo.

Per le forbici si dovrebbe usare la stessa disinfezione, solo che queste ultime dovrebbero essere fatte in modo che le due branche fossero facilmente staccabili l'una dall'altra. Per tutti gli altri oggetti si dovrebbe usare l'ebollizione per 10 minuti in una soluzione di carbonato di soda (50 gr. in tre litri d'acqua). A questo uopo basterebbe un fornelletto a gas con sovrapposto un recipiente di circa 8 litri. Per far ciò, naturalmente alle spazzole ed ai pettini comuni si dovrebbero sostituire oggetti metallici.

Che tale disinfezione sia facile, ognuno lo vede; che sia sufficiente ed innocua è prova l'uso fattone da anni nell'Ospedale di S. Vittore, da cui risulta che gli oggetti così trattati sono assolutamente sterili ed i metallici non si arruginiscono.

E' inutile dire che la biancheria dovrebbe essere sempre di bucato, che le mani del tonsore dovrebbero essere ogni volta lavate con acqua e saponata e quindi in una soluzione di sublimato corrosivo all'uno per mille.

Però, pure ammette do che l'autorità obbligasse a tali disinfezioni, non potremmo avere la sicurezza che siano convenientemento applicate se non abbiamo prima ben messe nella mente del personale che esercita l'arte in discorso, le leggi fondamentali dell'assepsi e dell'antisepsi; ed è per ciò appunto che io proporrei che venisse fatto un breve corso di lezioni pratiche pei parrucchieri e barbitonsori, cui fossero obbligati di assistere tutti i giovani prima di dedicarsi all'esercizio dell'arte loro, così come agli infermieri si tengono delle conferenze in cui si svolgono i principii pratici che debbono dirigere l'opera loro quando assistono gli ammalati, (Giornale della R. Società d'Igiene).

RIMEDII NUOVI

Tanalgeno e tannaibina

Il tannigeno è la combinazione diacetica del tannino col formolo (Meyer); è inodoro, insipido e si sdoppia al contatto degli alcali, mettendo in libertà il tannino.

Per queste proprietà, il tannigeno è superiore al tannino ed è stato quindi con vantaggio usato da Es cherich nella diarrea dei bambini. Risultati anche notavoli ottennero Biedert, Drews, Hewritt, nei catarri acuti e cronici degli adulti, nella diarrea del tifo, nella tubercolosi intestinale e anche esternamente nei catarri acuti e cronici del naso, della faringe, della laringe, ecc.

La dose nel catarro intestinale dei bambini è secondo Escherich, di 2-8 gr. al giorno in 4-6 volte. Biedert usa dosi più piccole nei bambini, e negli adulti 8-5 gr. al giorno, un grammo per volta.

E' preferibile prescriverlo un'ora dopo l'ingestione dei cibi, perchè per la presenza dell'acido cloridrico negli adulti e quella dell'acido lattico nei bambini, il tannigeno potrebbe rimanere insolubile.

Escherich hasomministrato il rimedio per parecchi giorni di seguito ad alte dosi senza danno. Biedert usa dopo qualche giorno diminuirne la dose; esso, ad ogni modo, usato anche a lungo non è nocivo come l'acido tannico. E pare, lo stesso preparato cui fu dato il nome di tannoformio (v. Rif. med., V. IV. p. 540, 1896).

La tannalbina è un albuminato di tanuino che resiste per 5-6 ore alla temperatura di 100-120°C. e al più potente succo gastrico artificiale; è invece accessibile alla digestione pancreatica. E' stato usato da E n g e l e V i e r o r d t come il tannigeno, ma sembra che riesca meglio nella diarrea semplice cronica.

Non ha effetti secondari spiacevoli e sembra che il tannato alcalino che si forma nell'intestino dopo la somministrazione, possa, riassorbito, riuscire utile in organi lontani, ad es. sui reni (nefrite).

La dose nei bambini di un anno è di 50 centigrammi ad un gr. al giorno; negli adulci di 4 a 10 gr. al giorno, meszo ad un gr. per volta. E' preferibile darlo nei pasti in un cucchiaio di acqua, di minestra o di latte (P. Cernet).

Cioralacetefenenossima

Questo prodotto risulta dall'azione, a molecole eguali, del cloralio sull'aceto-fenonossima. Cristallizza in grossi prismi incolori, che fondono a 81º e sono solubili facilmente nell'alcool, nell' etere, e negli alcali (in cui si scompongono nei due loro componenti).

La sua azione fisiologica è diversa dal suo isomero che porta lo stesso nome e che fu ottenuto da Wislicenus. Esso è stato invece ottenuto da Jensen e sembra che sia utile nell'eclampsia, nell'epilessia e nel tetano.

Naftalana

E' un unguento bruno verdiccio che si ottiene dalla nafta bruta che si estrae nei distretti naftolosi dell'Armenia. Potrebbe usarsi con vantaggio nelle affesioni croniche circoscritte della cute a forma torpida, poichè esso è controindicato allorchè vi siano fenomeni irritativi, dando luogo facilmente a follicoliti.

Peripiecina

Le man ha estratto dalla Periploca grasca un glucoside molto simile alla digitalina di Schmledeberg alla quale ha dato il nome di periplocina.

Dagli esperimenti fatti da Bourginsky un cane e sulle rane per studiare l'azione della periplocina e dell'estratto fluido della pianta sul cuore e sul respiro, risulta che essa agisce come la digitale,

In dosi alte stimola il respiro e il centro del vomito.

L'antagonista è l'atropina.

L'estratto fiuido si da alla dose di 5 a 10 gocce per volta.

La periplocina si può dare alla dose di 0,002 e può prescriversi, in dosi minori, anche per via sottocutanea.

FORMULARIO

Per la disinfeziene della becca e del faringe

Pr. Salolo	gram.	1
Alcool rettificato	_ •	10
Essenza di menta	gocce	$\mathbf{x}\mathbf{x}$

Un cuechiaino da caffé in un bicchiere di acqua per lavanda o per gargarismo: si agiti bene.

Contro l'eczema umido

Pr.	Resorcina	gram.	1
	Dermatolo	•	2
	Glicerina	gooce	X
	Acqua di calce	•	80

Centre l'eczema secce

Pr, Resorcina	gram.	1
Amido polverato	<	8
Ossido di zinco	•	8
Vaselina	•	15

Contro la seborrez

Pr. Resorcina	gram.	1
Alcool	<	50
Vaselina	•	150

Centro lo pustole di zone

Hebra ed Ullman consigliano di ungere la sera andando a letto le parti colpite con la seguente miscela:

Ittiolo
Sottonitrato di bismuto
Precipitato bianco
Vaselina

4 10

Ecolpiente per gli unquenti eftalmici

A sostituire la vaselina, il Thuma ha proposto la seguente miscela che non riesce per nulla irritante; dà invece un senso di benessere agli infermi che ne fanno uso:

Lanolina	gram.	25
Olio di mandorle) ans	4
Acqua distillata)	-

Si aggiunge un pò di acido borico per impedire che irrancidisca. Esso è il migliore eccipiente dell' ossido giallo di mercurio.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Biforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manicomio per 8600 alienati da erigersi ne! territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marzo p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la coneralità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritennta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Cattedre universitarse

Paras. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Consorsio sanitario dei comuni di Pagnacco e Feletto Umberto. — Per volontaria rinuncia del medico condotto dott. Giulio Galeazzo Regis, a tutto il mese di febbraio corrente, resta aperto il concorso di medico chirurgo-ostetrico per questa consorsiale condotta.

Lo stipendio annuo, pagabile a dodicesimi posticipati, é di L. 8000, netto di imposta di ricchessa mobile, compreso l'indenisso pel mantenimento del cavallo.

Il titolare riceverá quale ufficiale sanitario l'indennità di L. 50 per ogni Comune, pagabile a semestri posticipati, oltre il compenso di cent. 25 per ogni vaccinato con esito favorevole.

Occorre aver prestato servizio per un triennio in una condotta, o aver fatto pratica in uno Ospedale civile.

Malano.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadensa primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadenza 14 marzo. Nomina triennale.

Castelaucco Berardenga (Siena). — È aperto il concorso al posto di farmacista di questo Comune, cui è
assegnata la somma annua di L. 200 a titolo di indennità di residenza e servizio notturno, più l'uso gratuito del locale della farmacia, convenientemente arredato di scaffalatura vasellame, ecc., e provvista di
retrostanza da essere adibita per laboratorio.

Al farmacista spetta la somministrazione dei medicinali ai poveri per conto del Comune, con tariffa speciale approvata dalla Giunta municipale e da rivedersi
ogni anno dalla Giunta stessa, sul parere dell'ufficiale
sanitario, ed oltre l'obbligo della residenza nel paese
di Castelnuovo e del servizio notturno per tutti, egli
avra altresi quello di uniformarsi alle condizioni tutte
portate dal Capitolato d'oneri, ostensibile nella segreteria comunale nelle ore d'ufficio.

La nomina sará fatta per questa volta sino al 81 decembro 1898; successivamente l'eletto dovrà esser confermato di biennio in biennio, a forma del Capitolato.

Nel caso di volontaria rinunzia o licenziamento, dovra precedere una disdetta reciproca di mesi tre.

L'eletto dovrà assumere il servizio entro 15 giorni dalla data della partecipazione di nomina. Scadenza 5 marso p. v. Scemano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La rigenerazione del fagato nelle epatopatie. — 2. Lavori originali. Istituto d'anatomia patologica della R. Università di Napoli, diretta dal prof. O. v on Schrön.—Un caso di ciste da cchinococco dell'orbita, pel dott. Carlo Frugiuele, oculista dell'ospedale dei Pellegrini. — 8. Rivista di Clinica. Clinica medica di Gottingen, prof. E bstein. Sulla vertigine auricolare.—4. Rassegna della stampa. Riviste speciali.—5. Giorno per giorno.—6. Formulario.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

La rigenerazione del fegato nelle epatopatie.

Gli epitelii, le glandule linfatiche, ci presentano, anche allo stato fisiologico, esempii di rigenerazione costante, per la quale nuovi elementi vengono a prendere il posto di altri caduti in disfacimento durante la loro funsione. Invece, le cellule glandulari di organi a funsione complessa, come il fegato, il rene, il pancreas, non presentaro questa proprietà, in condizioni normali, giusta la legge generale che il potere di divisione morfologica scema con il complicarsi e l'accrescersi della funsione speciale di una cellula.

Non è così, però, in condisioni patologiche. Le cellule, anche di un organo tanto complesso nella sua funsione, quale è il fegato, allo stato di malattia, possono proliferare per cariocinesi e sup-

plire alle cellule disfatte.

Tizzoni è stato il primo a dimostrarlo per le lesioni traumatiche del fegato. Affondando un istrumento tagliente nel fegato di coniglio, senza fare una vera resesione, vide svilupparsi, tra le labbra della ferita, tanti cilindri, che partivano dalle cellule pressistenti del fegato, e a poco a poco venivano assumendo i caratteri di cellule epatiche.

Questi risultati furono posteriormente confermati da Colucci, Griffini, Corona, Ughetti, Robacci, Canalis ed altri osservatori, e venne posto in rilievo, che gli effetti descritti, si verificano, qualora la feritasia asettica; in caso contrario, la guarigione ha luogo, ma per cicatrice fibrosa e senza neoformazione

di cellule epatiche.

Nel 1889, Pontick estirpa un quazto di fegato a 60 conigli, che tutti sopravvivono. Altri, a cui lo sperimentatore asporta la metà dell'organo, sopportano la operazione; altri, infine, a cui sono asportati i tre quarti del fegato, muoiono in capo a due o cinque giorni. Dopo un certo tempo, la necroscopia dei conigli sopravvissuti, lascia notare un fegato normale per volume e peso: l'organo si è rigenerato.

Von Meister appresta la prova, che con la rigenerazione anatomica procede parallela la restaurazione fisiologica, dimostrando che l'azoto uvinario, abbassatosi nel momento della ablazione, viene progressivamente elevandosi sino a rag-

giungere la cifra normale.

Tranne differenze di grado, la rigenerazione to il liquido, si rinviene il fegate imgrandito nel

del fegato venne osservata tanto da Lapeyre, che produceva lesioni asestiche del fegato, mercè iniesione intraparenchimale di fenolo, quanto dagli sperimentatori, come Charcot, Gombault, Foà e Salvioli, Belouchow, Canalis, Janson, i quali si sono serviti della legatura del canale coledoco e dell'arteria epatica.

Questi risultati della sperimentazione artificiale, quale applicazione trovano nella patologia

epatica dell'uomo?

Vi sarebbe una lecione, le cisti idatidee del fegato, le quali, quando annullano una parte più o meno estesa del parenchima epatico, verrebbero a riprodure, in certo qual modo, lo esperimento di Ponfick. D'altra parte, resta a stabilire, se nelle cirrosi epatiche, secondo la diversa varietà, abbia luogo, ed in quale misura, una rigenerazione dell'organo ammalato.

Ebbene, recentemente C ha u f f a r d pubblicava la osservasione di una ciste idatidea del lobo destro del fegato, in cui durante la vita venne stabilita clinicamente la integrità dalla funsione epatica, ed alla necroscopia lo studio istologico dimostrava ipertrofia considerevole del lobo sinistro, con rigenerazione del parenchima.

Identici risultati sono stati notati posteriormente da Z a d o c.K a h n (Archives generales de Médecine n. 2, 1897) in quattro osservazioni diverse di cisti idatidee del fegato: sempre segni di rigenerazione, rappresentata dalla scomparsa dell'architettura normale del lobulo, esistenza di formazioni nodulari, aumento di volume delle cellule e loro moltiplicazione cariocinetica, formazione di neo-canalicoli biliari.

Questa nozione della ipertrofia rigenerativa, ha importanza non soltanto per la prognosi, ma anche per la diagnosi, concorrendo ariconoscere certecisti idatidee del fegato, che potrebbero simulare altre malattie addominali. Nei casi dubbii tra idronefrosi e tumore di un rene e distensione della vescicola biliare e ciste idatidea, la esistenza di un lobo ipertrofico coincidente con l'integrità funzionale della cellula epatica, è d'importanza decisiva. Lo sviluppo supplementare di una parte del fegato, menerà e renderà più probabile la soppressione de'la funzione dell'altra parte par tumore, che sarà una ciste idatidea.

In quanto alle cirrosi, è noto che nel 1890, in una memoria presentata alla Società Antomica di Parigi, Hanot e Gilbert hanno individualizzata una epatopatia cronica, che denomi-

narono « cirrosi alcoolica ipertrofica ».

La patogenesi e la sintomatologia sono identiche a quelle della cirrosi venosa volgare o di Laënnec. Lo inizio è annunziato dagli identici sintomi preascitici, designati da Hanot col nome di «piccoli segni della cirrosi». Nel periodo di stato, anche ascite, sviluppo venoso scila parete addominale, tranneperò la differenza che il margine inferiore del fegato sorpassa per 4 a 6 cm. l'arcata costale: differenza sfortunatamente non rilevabile, quando l'ascite è abbondante, epperò stico, oltre che terapico. Ansi, se dopo estratto il liquido, si ripviene il ferate ingrantitio nel

modo ora detto, si assisterà in seguito ad un miglioramento progressivo, nel senso che il liquido ascitico, o non si riprodurra o si riprodurra, ma a lunghi intervalli ed in modica quantità; lo stato generale si manterra piuttosto soddisfacente, come cenestesi e nutrizione; la cellula epatica si mostrera poco o punto disordinata nella sua funzione biligena, ureogena e glicogenica, proprio l'opposto di quanto verificasi nella cirrosi venosa volgare o del La ennec, la quale per ciò ha una prognosi incomparabilmente più triste.

Dal punto di vista clinico, l'alcool, nel provocare la cirrosi del fegato, agisce sempre sulla cellula epatica, turbandone la funzione, donde urobilinuria, glucosuria alimentare, oliguria, ipoazoturia, però secondo due vie diverse: o la distruzione cellulare diventa progressiva ed irreparabile, onde clinicamen e la insufficienza epatica spicca sempre dippiù, oppure gli effetti della influenza dell'alcool sulla cellula epatica vengono attenuandosi poco a poco, e quindi la glucosuria alimentare e la urobilinuria scompaiono, le urine aumentano di quantità la loro tossicità diminuisce, e dopo un certo tempo, tutti i sintomi della insufficienza epatica si dileguano, restando come vestigia permanente della epatopatia, la epatomegalia, come succede appunto nella cirrosi venosa ipertrofica.

Or bene, le ricerche istologiche di ZadocKahn su quattro necroscopie, provano, che, sempre che vi ha cirrosi venosa, esistono in grado diverso, ma costantemente, note di rigenerazione nel parenchima epatico, quelle stesse cioè, delle quali abbiamo discorso più sopra, circa lo esame dei lobi ipertrofici nelle cisti idatidee del fegato: neoformazione cellulare per cariocinesi, con produzione di parenchima nuovo, i cui elementi non si distinguono da quelli del parenchima vicino se non per il loro aggruppamento. Gli elementi non distrutti dal processo morboso tentano di reagirvi e rimpiazzare nella loro funzione quelli annichiliti.

Questa rigenerazione ha il suo massimo nella forma ipertrofica della cirrosi venosa, invece è appena abbozzata nella cirrosi venosa volgare o atrofica, forse perché qui la cellula epatica è colpita in modo da non potere reagire sino alla riproduzione e rigenerazione, e finalmente non si accennera neppure nell'atrofia gialla-acuta, ove la morte delle cellule è estesa ed acuta. A traverso questi tre tipi fondamentali, vi saranno tante forme intermedie, che la indagine ulteriore verrà svelando.

Per analogia, lo stesso forse avrà luogo nella cirrosi palustre, sifilitica, tubercolare, ed è probabile che la iperplasia nodulare, nota già da parecchio, sia appunto una forma di rigenerazione epatica.

Oi basti per ora notare che quella iperplasia è stata osservata da Kelsche Kiener sempre rei fegati cirrotici, ma ingranditi e nei quali la morte erasi verificata non per la epatopatia, ma per una malattia intercorrente.

D'altro canto, nel coniglio, nel cane, nella

cavia, dopo la legatura del coledeco, Gouget ha descritto una disposizione nodulare, a strati concentrici, nel tessuto neoformato, che ricorda esattamente la iperplasia nodulare.

L'argomento merita ulteriori studii.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO D'ARATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI, diretto dal prof. O. von Schömm. — UN CASO DI CISTE DA ECHINOCOCCO DELL'ORBITA (1), pel dott. Carlo Frugium le oculista dell'ospedale dei Pellegrini.

Storia Clinica. — Sabatino Primicerio, di Saverio, di anni 18, sarto, da Napoli, ha genitori vivi e sani, ma ha perduto sette fratelli con malattie acute (polmonite difterite, ecc.). Non ha mai sofferto alcuna malattia oculare, ne di altro organo, ne vi sono fatti ereditari.

L'attuale malattia s' iniziò nel luglio scorso, nella quale epoca cominciò ad avvertire una pesantezza nell'occhio destro e di tratto in tratto dei dolori periorbitart. Dopo poco tempo s' accorse che il suo occhio cominciava a protrudere dall'orbita ed allora, spaventato, si fece osservare da parecchi oculisti e chirurgi napoletani, i quali tutti ammisero l'esistenza di un sarcoma dell'orbita a rapido decorso; solo il professore S bor don e diagnosticò una ciste, senza però determinarne la natura.

Il Primicerio lasciò passare parecchi mesi senza più curarsi del suo male, ma verso la fine del novembre ultimo, impaurito dall'enorme proporzione assunta dal tumore, dopo essersi fatto visitare di nuovo da vari altri oculisti ed avere avuta la stessa diagnosi di sarcoma dell'orbita, si affidava alle cure del prof. S b o r d o n e, che persisteva a ritenere il tumore come una ciste ed al cui parere si associò anche il professor di G i a c o m o.

Stato attuale. — Colpisce a prima vista l'enorme esoftalmo dell'occhio destro. Questo non
solo è spinto fortemente in avanti, tanto da poter toccare a traverso le palpebre il segmento
posteriore del bulbo, ma trovasi anche adattato
contro la parte infero-esterna dell'orbita in elevato strabismo divergente. I movimenti del bul-

⁽¹⁾ Ringrazio sentitamente i miei maestri, professori O. von Schron e G. B. Sbordone, questi per avermi gentilmente concessa la pubblicazione di questo suo caso clinico, l'altro per avermi dati i messi opportuno per compiere le ricerche anatomiche nel suo istitute.

bo sono aboliti completamente nel senso del diametro orizzontale; sono solamente possibili deboli escursioni in alto e in basso.

Le palpebre non presentano nè edema, nè arrossimento; solo la rima palpebrale dell' occhio destro, relativamente alla sinistra, è molto più larga e la chiusura delle palpebre non è completa, onde esiste lacrimazione ostinata.

Nella congiuntiva, sopratutto bulbare, si nota iperemia da stasi; le vene ciliari anteriori sono fortemente dilatate e flessuose.

La cornea è perfettamente trasparente; l'iride normale, reagisce alla luce, ed in generale il bulbo, all'esame sia a luce diffusa che ad illuminazione obliqua, non presenta alcuna alterazione, tranne un allungamento del suo asse antero-posteriore.

Tra il margine interno della cornea e la caruncola lacrimale, intercede una distanza di circa 4 cm., dove però non si nota alcuna sporgenza della congiuntiva.

La palpasione metodica del contorno dell' orbita non dà alcuna sensasione dolorosa. La palpasione a traverso le palpebre ed in corrispondenza della metà interna dell' orbita, c'indica la presensa di un tumore, che palpato a traverso la congiuntiva, dopo aver cocainizzato l'occhio, fa percepire una sensasione indistinta di fluttuazione. Per quanto però si cerchi d'infossare il dito nell'orbita, non si percepisce fino a che punto arrivi il tumore.

La tensione del bulbo è leggermente aumentata.

L'esame della vista non si è potuto fare completo, stante l'enorme deviazione dell'occhio

Si è potuto però assodare la grande diminuzione della forsa visiva centrale, essendo V=1120.

Dall' allungamento dell' asse antero posteriore del balbo si è postato desumere che esso era divenuto miopico.

All' esame oftalmoscopico, si nota una classica papilla da stasi, poichè, mentre i margini della papilla sono diffusi, le vene molto tortuose hanno acquistato un calibro molto maggiore del normale.

Per rifiuto dell'ammalato non è stato possibile praticare una puntura aspiratrice.

In base ai fatti esposti, e contrariamente agli altri colleghi, il prof. S b or d o n e fece diagnosi di ciste dell'orbita, sensa però stabilirne la natura, essendo venuto meno l'unico messo diagnostico certo, cioè la puntura aspiratrice. La sua diagnosi era basata sopratutto sul senso in-

distinto di fluttuazione, sul rapido decorso e sullo stato generale ottimo dell' infermo, che mal si poteva collegare con un tumore maligno così rapidamente progressivo.

Il 4 decembre, egli insieme col prof. di Giacomo, assistito dal dott. Dinella e da me, procedette all'estrazione del tumore.

Dopo aver cloroformissato l'ammalato, prima di ogni altro, si praticò la puntura aspiratrice con una comune siringa di Pravaz, ricavandone un liquido perfettamente limpido, come acqua di roccia, ciò che, oltre a comprovare la diagnosi generica di ciste, fece subito pensare all'echinococco.

Assodata la diagnosi, si praticò l'estrasione dell'idatide. A tal uopo si fece un'incisione orissontale della congiuntiva dalla caruncola lacrimale fino al margine corneale. Scollata alquanto la congiuntiva e divaricata la ferita mercè uncini ottusi, si arrivò subito sull'estremità anteriore della ciste. Si cercò allora di estrarla possibilmente sana, ma nei movimenti di scollamento la ciste si ruppe e venne fuori un liquido limpidissimo, simile a quello estratto con la siringa e nel quale nuotavano dei corpicciuoli rotondeggianti biancastri, che senza dubbio erano cisti figlie. Rotta la ciste, si potette, mercè leggiere trasioni fatte sia con una pinza, sia con le dita, enuclearla completamente.

Con manovre adatte, il bulbo si ridusse perfettamente nella sua posizione, restando però sempre deviato verso l'esterno.

Dopo accurato lavacro con soluzione di sublimato all' 4/4000, si applicarono quattro punti di sutura sulla congiuntiva, sperando in una guarigione per prima intensione.

Nella prima medicatura eseguita dopo due giorni, si notò di nuovo esoftalmo. Si pensò allora alla possibilità di un ascesso dell'orbita, benchè non ci fosse febbre, e dopo aver tolti due punti di sutura si fognò la cavità dell'orbita. Vennero fuori poche gocce di pus, che nei giorni seguenti aumentarono. A poco a poce però, dopo un mese di cura, l'ammalato è totalmente guarito.

L'occhio ha ripreso la sua posizione, restando però sempre in strabismo divergente. La forsa visiva è uguale a 2[8. La papilla da stasi è scomparsa.

Esame del liquide.—Stante l'esigua quantità del liquido, il contenuto di una siringa di Pravaz, non mi è stato possibile fare un esame chimico completo. Mi sono limitato a ricercare i

cloruri, di cui il liquido era ricco, mercè la nota reazione col nitrato d'argento ed a fare l'esame microscopico per la ricerca degli uncini. Tra vari preparati, solo in uno ho trovato due uncini caratteristici di echinococco, che per maggiore sicurezza ho fatto anche osservare al dott. D'Arrigo, coadiutore del prof. Schrön.

Esame della ciste. — Considerata nel suo insieme, la ciste raggiungeva il volume di un uovo di colombo, di cui ripeteva anche la forma.

La sua estremità più grossa, corrispondeva in dietro, al fondo dell'orbita, la più piccola in avanti. La faciltà con la quale la ciste è stata enucleata, la posizione e la direzione del suo asse maggiore d'avanti in dietro e da dentro in fuori, c'induce a credere che essa era annidata nel tessuto cellulo-grassoso dell'orbita, e che i suoi rapporti col nervo ottico erano di sola contiguità.

La ciste era costituita da un' unica idatide e la sua parete sottilissima e trasparente portava aderente alla sua faccia interna una vescichetta figlia, ripiena anch' essa di liquido, della grandezza di un acino di grano e peduncolata, cioè prossima a divenire libera e nuotante nel liquido della ciste madre, dove, come già fu detto, v'erano varie altre cisti figlie.

L'esame microscopico, sia a fresco, sia dopo indurimento, della parete cistica, ha mostrato essere essa costituita di uno strato esterno, caratteristico, a lamine sovrapposte, costituente la cuticola che proviene dalla capsula dell'embrione exacanto e di uno strato interno, corrispondente a quello descritto da Robin, col nome di membrana germinale o fertile.

(continua)

RIVISTA DI CLINICA

Olinica medica di Göttingen (prof. Ebetein)

Sulla vertigine auricolare

Un materiale cospicuo esiste sui rapporti della malattia dell'apparecchio uditivo con astre malattie sia locali, sia generali; materiale che finora nessuno ha cercato di mettere insieme. I meglio studiati sono i rapporti tra le malattie dell'orecchio e quelle del cervello. Ed in primo luogo merita di essere cennato il noto fenomeno della vertigine ab aure lassa. La conescenza di questo sintoma è di data relativamente recente. Nell'opera classica del R o m b e rg non se ne tro-

va cenno. Secondo Trousseau, che appressò convenientemente la vertigine in rapporto alle malattie dei varii organi, fu Triquet il primo che diede una speciale importanza agli accessi di vertigine e di nausea che seguono od accompagnano il ronzio degli orecchi nei casi di otite labirintica.

Poi, al Mênière spetta il merito di avere illustrato le conoscenze sui rapporti delle malattie del labirinto con i disordini uditivi, i quali prima generalmente erano riferiti a disturbi gastrici, a congestione apoplettica od all'inizio di altre gravi malattie del cervello. Mènière dimostrò che questo complesso sintomatico, apparentemente cerebrale (vertigine, tendenza al vomito, vomito o lipotimie), non fa parte del decorso ordinario delle malattie cerebrali o della vertigine gastrica, ma ben presto scompare per dar luogo a sordità inguaribile. Ménière attribui il complesso sintomatico da lui descritto ad un'affesione dei canali semicircolari; nondimeno, poichè si è visto che malattie dell' orecchio medio ed anche esterno, posson dar luogo allo stesso quadro sintomatico, sono descritte come morbo di Mènière anche queste malattie. Ma ciò non è giustificato, ed a me pare più conveniente e più comodo, lasciando impregiudicata la parte che il Mènière ha avuto nello studio di questo argomento, di chiamare col nome di vertigine auricolare, tutte le forme di vertigine che si manifestano in seguito a malattie diverse dell'apparecchio uditivo.

Molto spesso, almeno nella pratica privata, la vertigine auricolare passa sconosciuta, il che non avrebbe poi un' importanza massima, se il ricomoscere questo fenomeno non avesse un interesse ottrechè diagnostico o teoretico anche prognostico e terapico.

Questa è la ragione principale per cui io mi permetto di comunicarvi alcune osservazioni. Ed in primo luogo mi permetto di ricordarvi i rapporti che la gotta e le affezioni reumatiche hanno con la vertigine auricolare, fondaudomi su alcune osservazioni che ho avuto occazione di fare.

Nella letteratura, poche notisie si hanno sulle malattie dell'organo dell'udito nella gotta. Secondo Rendu, è abbastanza frequente nei gottosi la sordità causata da processi inflammatorii oronici, che si sviluppano nell'orecchio medio, e pare che la forma solerosante dell'otite media stia in rapporto col processo gottoso. Rendu afferma, inoltre, che gli accessi di vertigini di cui si lagnano

spesso i gottosi non dipendono dal labirinto. Senator annovera il ronsio agli orecchi, i dolori, il cardiopalmo, il senso di oppressione, ecc., tra i disturbi nervosi di natura indeterminata, non riferibili ad un' alterazione dimostrabile degli organi interni. Per Rendu le inflammazioni solerotiche dell'orecchio medio e l'anchilosi degli ossicini dell'udito, sono i segni della diatesi gottosa dell'organo dell'udito. Ad ogni modo, è certo che, come lo dimostra la seguente osservazione, oltre agli accessi di gotta a decorso tipico, esistono quadri sintomatici che hanno la loro origine nelle parti interne dell'organo dell'udito. L'osservazione, in breve, è la seguente : un uomo di 80 anni, polisarcico, tendente ai disordini dispeptici, nell'autunno del 1895 e nel febbraio del 1896 soffri leggeri accessi di podagra nel dito grosso del piede destro, associati a sintomi funzionali gravi da parte del cuore. Dal maggio del 1895 in poi, l'infermo ha avuto una serie di accessi che avevano il carattere della vertigine di Ménière. Presentemente non esiste una polisarcia rilevante, e di null'altro si lagna, se non di stitichezza ostinata e di ronzio all'orecchio sinistro, che di tanto in tanto si esacerba.

Senza dubbio, questo malato presenta gli accessi caratteristici di vertigine ab sure lassa, manifestatasi col quadro della malattia di Mén ière. Ne è prova non solo la presenza di costanti disturbi dell' udito, ma anche l'especabasione dei medesimi durante gli accessi, ed inoltre il vomito.

Non mancava per ciò alcuno dei sintomi she si richiedono per far la diagnosi di malattia di Ménière.

L'esame otoscopico, nell'infermo ora cennato, fece rilevare una lesione riferibile all'orecchio interno ed al tronco dell'acustico. Questo sarebbe dunque un caso di vertigine ab aure lacea o strettamente nel sanso di Ménière, cioè dipendente da una lesione dell'orecchio interno, ovvero dipendente da lesione dell'acustico. Mé nière figlio, vuole esclusi dalla malattia descritta dal padre i casi di vertigine e di movimenti rotatorii, dipendenti da lesione dell'orecchio medio. Oggidi, invece, seguendo l'esempio di Charcot, si suole collocare fra i casi di malattia di Ménière anche i casi di vertigine, vomiti e sintomi concomitanti, consecutivi a malattie dell'orecchio medio. Perchè però insieme ad una malattia dell'orecchio medio si sviluppi il complesso sintomatico di Ménière, debbono esservi altre condizioni che non si trovano in ogni otite media.

La seconda osservazione, che credo opportuno citarvi è quella di un gottoso di 65 anni, in cui gli accessi di vertigine comparvero in seguito ad una caduta; gli accessi si esacerbarono dopo alcuni anni, in seguito ad una polmonite e si complicarono a disordini gastrici. Contemporaneamente si manifestò una malattia dell' oreschio, consistente in depositi calcarei (urati?) sulle membrane del timpano.

Anche in questo caso non è evidente il nesso causale tra la gotta e gli accessi di vertigine. L'infermo fa dipendere la vertigine da una caduta. Tanto meno può pensarsi che gli accessi di vertigine fossero dipendenti da una malattia dell'orecchio, perchè i sintomi riferibili a questa si presentarono molto tardi, e coincisero con l'esacerbasione degli accessi medesimi. In favore dell'ipotesi che si trattasse di accessi di vertigine auricolare, c'era il fatto che essi si accompagnavano sempre a disordini gastrici che sono quasi tipici della vertigine auricolare. La supposizione poi che esistesse un nesso causale tra la gotta, la vertigine e la malattia dell'orecchio, acquisterebbe maggiore probabilità, se si fosse potuto dimostrare che i depositi calcarei trovati splla membrana del timpano, fossero costituiti di urati. Ma ciò non si potè dimostrare.

Come avrete rilevato dalle osservazioni precedenti, le nostre conoscenze sui rapporti tra la vertigine auricolare e la gotta, non sono stati sufficientemente rischiarate.

Una soddisfacente spiegazione, si otterrebbe se, come in tutte le altre malattie, si riuscisse a trovare un reperto anatomico positivo (gemme, linfomi, tofi gottosi), come causa della vertigine auricolare. Ma tutto ciò che noi conosciamo su questo riguardo, è ben poca coss. Soltanto sono noti due casi d'influenza in cui esistevano disordini duraturi dell'udito causati da un'affesione labiriotica.

Un altro caso è stato osservato da me. Si trattava di una donna di 48 anni, che nel 1890 ammalò d' influenza, in seguito a cui si manifestarono accessi di vertigine, che decorrevano parte con vomito e nausea parte senza questi sintomi, e poscia sordità quasi completa dell'orecchio destro. All' esame otoscopico si trovò otite con emorragia labirintica. L' autopsia non fu permessa.

Mentre in questo caso la Vertigine poteva es-

sere certamente riferita ad un' affezione auricolare consecutiva all' influenza, il caso seguente è poco chiaro. Si trattava di una donna di 58 anni, la quale da 6 mesi soffriva di vertigine ab aure lassa. All' esame dell'orecchio si trovò un'inflammazione cronica dell'orecchio medio, con aumento di pressione nel labirinto. Inoltre l'inferma presentava segni di tubercolosi e di di bete.

La parte interessante in questa osservazione, non sta nell'etiologia che è completamente oscura, ma nella particolarità riferita dall'inferma stessa, cioè che per i violenti disordini dello stomaco che si accompagnavano agli accessi di vertigine, il medico curante avea ritenuto causa probabile della malattia, un tumore maligno nello stomaco.

Ma l'esame fisico non faceva rilevare nulla di positivo. Invece esisteva ostinata stitichezza, che guari con la cura opportuna. Devesi inoltre notare che l'inferma soffriva pure di nevralgia sopraorbitaria, la quale migliorò quando le evacuazioni alvine si fecero regolari. Allora migliorò anche il disordine dell'udito. E' difficile, intanto, dire qdale rapporto causale ci sia tra il miglioramento delle funzioni intestinali e quello dei fenomeni auricolari.

Un altro individuo che è venuto sotto la mia osservazione, senza causa apprezzabile, presentò notevole diminusione dell'udito a destra ed in seguito accessi di vertigine che arrivavano fino al punto di far perdere la coscienza all'infermo. Esistevano, inoltre, gravi disordini gastrici, nevralgia sopraorbitale, disturbi visivi ed ostinata coprostasi.

In generale la diagnosi di vertigine auricolare non è difficile, se si tien presente che la vertigine è un sintoma che può dipendere, oltrechè da tante malattie locali e generali, anche da una malattia dell'apparecchio auditivo.

E' necessario, per ciò, che sieno studiati ed appressati convenientemente i fenomeni riferibili all'udito. Il ronzio e gli altri fenomeni subiettivi non possono, senz'altro mettersi in conto di una malattia organica.

In tre delle osservazioni che vi ho cennate, si trattava di una legione localizzata nell'interno dell'orecchio e propriamente nel tronco dell'acustico, ed i disordini auricolari erano unilaterali. In due altri casi, sede della malattia era la membrana del timpano e la lesione era bilaterale.

Queste lesioni riconoscibili obiettivamente nell'organo dell'udito, sono in tutti i casi necessar ie e sufficienti a stabilire la diagnoai di vertigine auricolare?

A questo riguardo bisogna osservare che ci possono essere nell'organo dell'udito, lesioni anatomiche dimostrabili, senza vertigine. Io credo che su questo punto non si possano stabilire leggi generali, e che bisogna studiare questi rapporti caso per caso.

Ciò che io vi consiglio in tutti i casi in cui non si trovano nell'orecchio fenomeni obiettivi, è o di differire la disgnosi fino a che comparisca qualche altro segno che possa mettere sulla giusta via, ovvero di mettere in rapporto la vertigine con probabili disordini funsionali delle parti centrali dell' apparecchio uditivo.

La vertigine auricolare può manifestarsi su base neurastenica. Si è anzi creduto che la maggior parte dei casi di vertigine a stomacho lasso, debbano riferirsi alla neurastenia, ed a questa speciale forma di neurastenia si è dato il nome di forma vertiginosa.

Anche nell'isterismo si è osservato uno stato analogo. Del pari l'emicrania può presentare sintomi analoghi: vertigine e vomito, parte con, parte seusa ronzio agli orecchi; oppure vertigine sola.

Qualche difficoltà si può incontrare, come vi dimostra la osservazione seguente, nella diagnosi differenziale tra epilessia e vertigine auricolare. Un nomo di 88 anni ebbe fino all'età di 12 anni accessi di paura notturna.

Alcuni anni addietro, avverti dolori renmatoidi. Alcuni mesi or sono presentò un accesso di incoscienza, preceduto da vertigine e seguito da vomito.

C'era notevole indebolimento della funzione uditiva che aumentava dopo l'accesso. Esisteva un'otite media cronica.

Questa osservazione si presta a diverse interpretazioni. O h a r c o t afferma che anche durante le intense crisi di vertigine auricolare, l'infermo conserva completa la coscienza, e cessata la vertigine, é in grado di dar conto di ciò che ha avvertito durante quello stato.

Dimodochè nell'osservazione precedente, non si potrebbe parlare di vertigine auricolare; il nostro infermo non si ricordava affatto dell'accesso avuto.

Inoltre gli accessi di paura notturna che egli ebbe per lo passato, potrebbero essere stati di natura epilettica.

Ma ciò non può dimostrarsi: l'infermo non sa dire se quegli accessi si accompagnassero o no

a perdita della coscienza. E poi sarebbe strano che quegli accessi, se erano di natura epilettica . fossero cessati proprio nell'età in cui la epilessia suole comparire e la malattia sia riapparsa poi al 85° anno.

Inoltre nel nostro infermo esisteva una lesione obiettivamente dimostrabile dell' orecchio, i cui sintomi si sono esacerbati dopo l'accesso: esiste-· vano vertigine e vomito, il quale ultimo raramente si trova negli accessi epilettici. Dimodochè io non credo che l'accesso presentato dal nostro infermo sia stato di natura epilettica,

v. Frankl-Hoch wart cita in modo ipotetico la possibilità, che esista una forma intermedia tra la vertigine auricolare e l'epilessia. Ma l'ulteriore corso della malattia ci dirà la natura della medesima; per ora la diagnosi di epilessia sarebbe precipitata.

Si ammette generalmente che la vertigine auricolare cessi tostochè si verifica la sordità completa. Le mie osservazioni sono contrarie a questa opinione, e fra le altre vi cito brevemente la seguente: un uomo di 58 anni, soffriva fin dalla prima gioventù di una malattia auricolare, per cui a poco a poco la forsa uditiva andò indebolendosi, finchè si ebbe sordità completa prima a destra, poi a sinistra, insieme a vertigine. La sordità dura da lungo tempo e la vertigine è continua fino al presente.

Questa osservazione dimostra che malgrado la perdita completa della funzione uditiva, può persistere la vertigine auricolare. In questo caso la vertigine durò per circa 40 anni.

D'ordinario, però, il decorso è diverso : quando cessa il processo morboso nell'orecchio, suole cessare lentamente anche le vertigine; vale a dire chè la durata della vertigine auricolare si regola per lo più secondo la durata della malattia dell'orecchio o secondo la persistenza della funzione

Questi accessi di vertigine possono durare per anni. Charcot cita un caso in cui i primi sintomi duravano da 10 anni ed io ve ne posso riferire un altro in cui i fenomeni morbosi duravano pure da 10 anni ed andarono sempre peggiorando. Si trattava di una donna di 85 anni, che da 10 anni si lagnava di sintomi di vertigine auricolare, che sono andati sempre crescendo d'intensità sino al presente. Intercorrentemente, 8 anni addietro, l'inferma soffri di reumatismo articolare acuto, che fu causa di una malattia organica di cuore.

essere causale, deve tener riguardo di tutti quei fatti che possono in un modo qualunque nuocere all, stato generale.

Un riguardo particolare merita lo stato dello intestino. Nci miei casi ho trovato quasi sempre come complicazione, la costipazione cronica spastica. Ed a questo proposito mi ha reso buoni servigi l'evacuasione dell' intestino mediante gli abbondanti clisteri di olio. Io evito sempre in questi casi i purganti dati per via interna e specialmente i salini,

Il chinino, introdotto da Charcot nella cura della vertigine auricolare, agisce più come tonico e nervino, che come antinevrotico.

In questo senso giova pure in certi casi la corrente galvanica. Quando la malattia auricolare si sospetta essere causata dalla sifilide, si ricorra subito alla cura antisifilitica.

A questo proposito vi cito una osservazione della mia pratica, in cui l'etiologia ed anche il criterio curativo ecc fuvantibus, fecero ammettere che la vertigine e la malattia auricolare dipendevano dalla sifilide.

Si trattava di un uomo di 42 anni.

Si lagnava di dolori nevralgici probabilmente di origine sifilitica, che si accompagnavano a forte vertigine accessionale.

Durante gli accessi, specie in principio, vomito. Contemporaneamente agli accessi violenti, si manifestò a destra sordità di origine centrale. La cura jodica fece migliorare notevolmente tutti i sintomi, ad eccesione della sordità che non si modificò per nulla (Deutsches Arch. für klinische Medicin, Bd. 58, H. 1, 1897).

De Gravia

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

· Deutsches Archiv für klinische Medicin ». Bd. 58, H. 1, 1896.

Aloune ossorvazioni sulla dottrina della vertigine auricolare. - W. Ebetein illustra in questo lavoro, in primo luogo i rapporti che la gotta, il reumatismo e l'influenza, hanno con la vertigine auricolare; mette poi in confronto la vertigine a stomacho laeso con la vertigine auricolare ed accenna alle forme neurastenica ed isterica di quest'ultima. Riferisce poscia un'osservazione in cui non era molto facile decidere se si trattasse di epilessia o di vertigine auricolare, ed infine si occupa della durata, della prognosi e della cura La cara della vertigine auricolare , oltreche della vertigine auricolare (V. Riv. di Ctia. p. 580).

influenza che hanno sulla circolazione le tessine dello streptococco piogeno e del basterium celi com- dificata. mune. J Raczynski. - Gli esperimenti fatti finora allo scopo di dimostrare l'azione dei veleni batterici sulla circolazione sanguigna, hanno fatto v.dere che notevoli differenze esistono a questo riguardo tra i veleni di un batterio e quelli di un altro; l'autore per ciò ha creduto interessante di studiare il modo come si comportano, nei loro effetti sulla circolazione sanguigna, le tossine dello streptococco piogeno e del bacterium coli commune, che hanno tanta parte nella patologia umana. Egli condusse gli esperimenti nel seguente mcdo. Misurava in primo luogo la pressione sanguigna nell'animale da esperimento in condizioni fisiologiche; poscia, senza interrompere l'esperimento, iniettava una certa quantità di tossina nella vena auricolare, e 1₁2-1 ora dopo, misurava un' altra volta la pressione sanguigna. Infine metteva in libertà l'animale e ripeteva la determinazione della pressione 2-8-4 ore dopo l'iniezione.

Inoltre l'autore metteva in pratica alcuni artifici usati già dal Romberg, come la compressione dell'aorta addominale, la soffocazione passeggera, le forti stimolazioni sensitive, allo scope di indagare dove il virus iniettato spiegava la sua maggiore efficacia. Iniettava nelle vene dell'orecchio culture in brodo dei due microrganismi, ora non filtrate, ora filtrate a traverso il filtro di Chamberland. I fenomeni provocati nell'un caso e nell'altro erano pressoche identici. La quantità di cultura iniettata non superava mai un co. Agli animali si misurava la temperatura e dopo morte se ne faceva la sezione e l'esame batteriologico.

Alcune volte l'animale era leggermente curarissato. La pressione sanguigna veniva presa col chimografo del Ludwig, ed alcuni esperimenti furono fatti col manometro di Hührtle, per indagare le minute modificazioni della curva del polso.

I risultati degli esperimenti fatti con la tossina dello streptococco piogeno, furono i seguenti: dopo poche ore dall' iniezione, si manifestavano disordini nella funzione dei vasi periferici: le arterie si dilatavano, i padiglioni degli orecchi degli animali apparivano più rossi in seguito all'eccitazione dei vasodilatatori; nondimeno la pressione del sangue non si abbassava, giacchè il cuore, poso alterato, principiava a lavorare di più.

Solo dopo parecchie ore si abbassava la presmente sanguigna, e questo abbassamento era causato dallo stato in sui si trovava il centro vasomotorio, il quale dopo un passeggero stadio di eccitabilità aumentata, cadeva in uno stato di paralisi.

Per ciò che riguarda la tossina del bacterium coli commune, l'autore trovò che essa agisce rapidamente sulla circolazione e sopratutto sul cuore, di cui disturba notevolmente la funzione. La pressione del sangue rimane pressoche nei limiti fisiologici, e comincia ad abbassarsi solo quando la funzione cardiaca è notevolmente modificata,

Sulla modificazione dell' efficacia della digitalina vera sotto l'influenza della digestione gastrica.

P. Deucher. — Si è visto che la digitalina vera per la via ipodermica, nell' uomo, agisce meglio che per la via dello stomaco.

Ciò fa supporre che l'efficacia di quella sostanza sia modificata dalla digestione gastrica. L'autore si è proposto in questo lavoro di provare sperimentalmente questa ipotesi. Esegui gli esporimenti nella rana temporaria, in cui studiava comparativamente gli effetti di una soluzione non digerita di digitalina e quelli di una soluzione della stessa sostanza, sottoposta alla digestione artificiale. Le soluzioni venivano injettate nei sacchi linfatici del dorso delle rane. La solusione non digerita conteneva 0,025 gram. di digitalina, sciolta in 4 cc. di alcool ed allungata con 21 cc. di acqua distillata; la soluzione digerita era composta di 0,025 gram. di digitalina sciolta in 4 cmc. di alcool, a cui si aggiungeva 18 cc. di acqua distillata, 2,5 cc. di una soluzione di acido cloridrico 2 ole e 0,5 cc. di una soluzione al 10 º[o di pepsina in glicerina. Questa seconda soluzione ara tenuta 24 ore nella stufa, prima che fosse adoperata. L'autore inoltre si accertò che l'alecol, l'acido cloridrico e la pepsina, nelle dosi impiegate, oltre un breve aumento della respirazione ed una diminuzione dell' eccitabilità riflessa, per sé stessi non influivano gran fatto sul risultato degli esperimenti, i quali dimostrarono all'evidenza che la soluzione digerita è notevolmente meno efficace di quella non digerita. In tutti i casi in cui il peso delle due rane iniettate comparativamente era eguale, l'arresto in sistole del cuore avveniva molto più tardi nella rana che aveva ricevuto la soluzione digerita; ma nella maggior parte degli esperimenti, una dose di digitalina digerita eguale ad una dose mortale della medesima sostanza non digerita, era innocua; si doveva adoperare una dose tripla di digitalina digerita perchè si avesse l'effetto della digitalina intatta.

In altri esperimenti, l'autore dimostrò che l'azione sola della pepsina e dell'acido cloridrico non è sufficiente a modificare l'efficacia della digitalins, ma è necessaria anche l'azione del calore per un certo tempo. Per conseguenza sarebbe praticamente possibile che, somministrando la digitalina per la via dello stomaco, una parte possa venire assorbita senza che abbia subito ancora alcuna modificasione e possa quindi esercitare la sua asione curativa. Più importante scientificamente è la questione se l'acido cloridrico solo, senza la pepsina, per un determinato tempo alla temperatura della stufa sia sufficiente a produffe la digestione della digitalina. Il risultato degli esperimenti fatti in questo senso, dimestrò che la digitalina intatta agisce più rapidamente ed energicamente della digitalina sottoposta all'azione del calore (88°C) e dell'acido cloridrico (2°100). In ogni caso l'azione dell'acido cioridrico è maggiore se vi si aggiunge la pepsina. L'acido cloridrico, solo alla temperatura della stufa indebolisce l'azione della digitalina, ma non nello stesso grado della digestione artificiale completa.

Infine l'autore trovò che la digestione pancreatica artificiale non modifica gran fatto l'efficacia

della digitalina.

Conchiude che le modificazioni che la digitalina subisce nell'interno del corpo umano debbono mettersi soltanto a conto della digestione gastrica e sopratutto dell'acido cloridrico.

La diagnesi di canoro dello stemace fatta con l'esame dell'acqua di lavaers e delle materie vemitate. Reineboth. — Tutti gli autori si accordano nell'ammettere che la presenza nel contenuto gastrico di cellule epiteliali, non permette sens'altro la diagnosi di carcinoma dello stomaco, perchè le cellule normali della parete dello stomaco e le cellule carcinomatose non possono essere distinte le une dalle altre. Ma il trovare nel contenuto gastrico e nel liquido di lavacro dello stomaco, gruppi di cellule epiteliali, permette la diagnosi di carcinoma? Ew ald crede che sia dimostrativo per il carcinoma il reperto di gruppi di cellule stratificate concentricamente, ossia di veri nidi epiteliali. Della stessa opinione sono Boas e Riege l. Secondo l'autore, i tubi, gli zaffi ed i nidi epiteliali carcinomatosi, non possono essere distinti da analoghi aggruppamenti cellulari, di diverse natura (cellule cilindriche, cellule cubiche, grossi leucociti). Questo reperto, egli dice, potrà farci fare la disgnosi di carcinoma, con una qualche certessa solo quando si sappia sicuramente che quelle forme cellulari provengono da un tumore. Se nello stomaco si palpa un tumcre e nelle materie vomitate o nel liquido di lavacro dello stomaco si hanno ripetutamente parecchi nidi cellulari, allora si può con sufficiente certesza pensare ad un carcinoma gastrico. Invece, se nel contenuto gastrico si hanno particelle ncoplastiche, le quali danno un' idea chiara della struttura di un tumore, la diagnosi è evidente, anche se il tumore non si palpi. L'autore riferisce in breve cinque di tali osservazioni.

Sull'alimentazione con i proparati di cascina. Kurt Brandenburg ha studiato in primo luogo il modo di comportarsi della cascina sotto l' influenza del succo gastrico, comparativamente ad un'altra sostanza nota, come una soluzione semplice di albume d'uovo o la colezione di prova di Ewald, ed ha trovato che la soluzione di cascina, nello stomaco, si comporta così come la soluzione di albume d'uovo. In entrambi i casi lo stimolo esercitato sulla mucosa è così lieve, che durante il loro soggiorno nello stomaco, non ha mai luogo produzione in eccesso di acido cloridrico libero.

Se alla soluzione di caseina si aggiunge un semel, malgrado l'asione stimolante degli amilacei, non si ha neppure formazione di acido cloridrico libero. La colezione di prova in cui entrano la caseina ed un semel si comporta egualmente al pasto di prova di Rieg el, cioè nella

prima ora non si trova per lo più acido cloridrico libero nello stomaco, ma se ne trova nel corso della 2^a e 8^a ora.

Per l'uso dei preparati di caseina, in pratica sarebbe importante indagare se per mezso di essi riuscisse, elevare notevolmente il contenuto di albumina di una porsione di latte e di brodo, sensa modificarne il sapore.

Ciò sarebbe indicato principalmente per quei malati in cui si desidera introdurre, con un pasto poco voluminoso e possibilmente non stimolante, la maggior quantità di albumina.

L'antore ha mescolato la caseina col brodo di carne ed ha visto che il miscuglio è bene tollerato anche in casi in cui lo stomaco è molto sensibile, come in gravi stati di dispepsia anacloridrica, nel corso del carcinoma dello stomaco.

L'autore ha studiato in secondo luogo il valore nutritivo di un preparato di caseina e sodio o nutrosio, per la via del retto. Egli somministrava per alcuni giorni clisteri di questo preparato di caseina e determinava poi il contenuto d'assoto delle fecce emesse, e trovò che introducendo 8 grammi di asoto in forma di nutrosio nell'intestino, nelle fecce si trovava poi soltanto 4, 40 grammi di asoto. Supponendo che il resto dell'asoto introdotto sia stato assorbito e che nell'intestino non sieno rimasti residui di caseina, si può dire che il 40 °[o del preparato di caseina sia stato assorbito.

Un'esperienza comparativa fatta dall' autore, introducendo nell'intestino 17,5 gr. di azoto in forma di uova o di latte, dimostrò che le fecce contenevano 10,86 gr. di azoto e che per ciò il

50 p. 100 dell'asoto introdotto venne assorbito. In altre simili esperiense, l'autore determinò il contenuto dell'asoto, oltrechè delle fecce, dell'urina, ma l'eliminasione d'asoto per l'urina durante il periodo in cui si praticavano i clisteri di caseina non aumentò, il che sarebbe contrario all'idea che il preparato di caseina e sodio si riassorbisse da parte del retto.

Ma in questi esperimenti si vide che anche le fecce, durante il periodo dei clisteri di cascina contenevano poco azoto; era quindi naturale il supporre che ciò era dovuto al fatto che abbondanti residui di cascina rimasero inassorbiti nelle porzioni superiori del colon.

Ad ogni modo, conchiude l'autore, la caseina pura è poca adatta ad essere adoperata per clisteri nutritivi. Quantunque la caseina non alteri mai l'intestino, il suo assorbimento avviene, più difficilmente dell'albume d'uovo.

Anche il latte è di poco vantaggio, usato per clistere, ed il suo valore nutritivo in tale caso è dovato piuttosto al grasso ed agli idrati di carbonio che si assorbono più facilmente.

Sul see lineare. E. Galewsky e A. Schlosemans riportano estesamente tutti i casi noti nella letteratura, a cui si aggiungono una osservazione propria. Espongono in seguito la patologia di questa forma morbosa.

De Grasia

...

« Giornale italiano delle malattie venerce e della pelle », Fasc. VI. 1896.

il sublimato sella prefilesi dell'ulora venerea. — Giovannini ha recentemente sperimentato quanta applicazione possa avere il aublimato nella profilessi dell'ulora venerea.

Stabilito che il potere preventivo di questo rimedio è efficacissimo, l'autore detta però alcuni consigli da mettersi in pratica quando si vuole che realmente ne riesca utile l'uso.

In base ai risultati ottenuti dalle numerose eaperienze istituite, l'autore viene alle seguenti conclusioni.

Dopo un colto con donna sospetta, si ricorra quanto più presto si può, alla lavatura dei genitali con una soluzione di sublimato; in ogni caso questa lavatura non deve essere mai ritardata più di S ore.

Si preferisca la soluzione all'1 p. 1000 e quelle più deboli si usino solo quando il lavaoro si fa molto per tempo.

Potendo, per ogni parte di sublimato, si ag-

giungano 5 parti di cloraro di sodio.

Nel fare la lavatura, bisogna procurare che la soluzione arrivi a contatto dell'intera superficie degli organi di accoppiamento e della cute, circostante, stendendo tutte le pliche.

Bisogna asportare il muco, lo smegma e tutto quel che possa impedire l'accurata disinfezione totale, e prendere di mira, sopratutto, le parti che più frequentemente sono sede delle uicere veneree (lamina interna del prepuzio, solco balano-prepuziale, frenulo, piccole labbra, fossetta navicolare).

Finalmente la lavatora deve avere la durata di parecchi minuti, tanto più se la infesione è più temuta o la solusione antisettica è debole.

Contributo slie studio dell'idrea vacciniforme di Bazin. - Mibelii riporta un caso clinico di idroa vacciniforme. Egli fondandosi sullo studio anatomo-patologico del caso, deduce, che il processo morbose dell' idroa vacciniforme, dal punto di vista istologico, consiste in una forte e diffusa dermite primitiva ad essudato leuco-fibrinoso, conducente alla formazione di vescisole concamerate che si aprono negli strati medi dal corpo di Malpighi; che questa vescicola si produce, non per una alterasione degenerativa delle singole cellule epiteliali, ma per dilatazione degli spaz.i interspinosi, rottura dei ponti di unione intercellulari e dilatazione rapida ed energica della fenditure e dei vacuoli prodottisi in questa guina, Che perdurando i fatti flogistici al centro delle efflorescenze più sviluppate e più tipiche, quivi si determina un processo necrobiotico che colpiece oltre che gli elementi cellulari ayventizii, anche gli elementi propri del corpo papillare, onde ne risulta un'usura più o meno profonda che ripara con tessuto cicatrisiale. Ciò non di meno, non si può dire che si verifichi una necrosi in massa come dice di averla riscontrata il Bowen nella stessa idroa vacciniforme.

Da tutto quantoespone l'autore, risulta chiaramente che se la formazione di qualviasi vescicola dovuta a due differenti fattori (aumentata uscita di l'qui-lo dai vesi capillari ed — in determinati casi — a colliquazione delle cellule malpighiane) nell'idroa vacciniforme è il primo di questi fattori che entra in gioco primitivamente e quasi esclusivamente. Quindi i reperti riportati dall'autore allontanano sempre più dal concetto della natura infettiva della lesione in parola,

Salla tricefitiasi.---Pelagatti ha avuto occasione di studiare nella Olinica dermo sifilopatica della R. U. di Parma, 56 casi di tricofisia presentatisi durante lo scorso anno scolastico al deambulatorio annesso alla Clinica. L'autore servendosi di svariati metodi culturali e di osservazione, ha potuto constatare che le varietà di tricophyton sono indubbiamente provate, però si distinguozo solo dai caratteri culturali. Non esiste alcun rapporto fra la diverse forme botaniche, poichè qualunque variatà è suspettibile di cagionare ogni sorta di lesione dalla tonsurante alla sicosi. Non è possibile, quindi, arguire dal solo aspetto elinico di una lesione, a quale varietà di tricophyton appartenga il fungo patogeno, nè dal caratteri culturali stabilire da quale forma clinica sia stato ricavato il fungo in esame. La disposizione e situazione del fungo nel pelo non ha valore diagnostico differenziale. L'esame microscopico delle culture non da criterii sufficienti per differenziare le singole specie. Le diverse composizione chimica del messi di cultura, modifica i caratteri morfologici delle singole varietà, però non in modo da impedire di rilevarne le differenza a prima vista,

Altri fattori (età, successive seminagioni, temperatura, luce, umidità) alterano pure i caratteri morfologici. Anche la virulenza viene attenuata dagli stessi fattori al punto che il tricoptyton può perdere del tutto il suo potere patogeno. Finalmente ad un tricophyton che abbia perduto la sua virulenza si può di nuovo fargliela acquistare son un processo o trattamento speciale.

Due parole repra un case di ecresherateme e cheratedermite. A. Gifetti.—E' una risposta critica per un articolo precedente dell'autore.

Nacciarons

GIORNO PER GIORNO

Le spopolamente in Francia

Il Maurel, medico capo della marineria francese, ha recentemente pubblicato un lavoro su tale argomento, pieno di idee nuove e di interpretasioni originali, che permette di spiegare il fatto da un panto di vista tutto nuovo.

E prima di tutto egli ammette che vi concorra la restrizione volontaria (almeno per le vie sa-

turali...), ma un altro contributo sarebbs dato dell' Europa (1683). » La pubblicazione non inanche dalla considerevole diminuzione di tecondità di quel popolo, la quale è dovuta all'eredo artritismo. Ed il Maurel, in fatti, è stato colpito dal trovare quasi sempre negli infecondi l'eredità artritica e viceversa.

Ed a seconda della maggiore o minore accentuazione dell'artritismo, la infecondità sarebbe

La vera ragione di questo artritismo così diffuso, starebbe nella suralimentazione; fatti in quei paesi ove questa è più scarsa, l' in condità meno frequents.

L'eredo-artritismo non solo dareb condica, più o meno assoluta (figli ube una i sarebbe anche causa del predominio dnici), ma mminile e di molte deformità.

Un foto gigante

E' un feto di sesso femminile, ben conformato, che pesa 10 Kg. e misura 68 cm. Dopo quattro giorni di doglie ed un'applicazione infruttuosa di forcipe, la donna, quintipara, dell'età di 89 anni, mori di convulsioni, prima che il feto fosse estratto. Al dire dei parenti, la gravidenza avea oltrepassato di alcuni mesi il termine ordinario.

I movimenti dei suppliziati dope la decapitazione

Il dott. Saint-Martin ha avuto l'agio di osservare da vicino ben 4 volte gli strani movimenti che si manifestano sul corpo dei supplisiati in seguito alla decapitazione. Secondo lui, questi, non sarebbero dovati ad altro che a contrazioni ritmiche ed energiche del cuore e delle arterie; infatti, quando il tronco cade nel paniere ed il coverchio è ribattuto, il S. Mart in ha potuto constatare che la pressione arteriosa era tanto forte che il getto di sangue sollevava con una certa forsa il coverchio del paniere con intermittenza corrispondente agli intervalli ritmici delle contrasioni cardiache.

Si sarebbe quasi detto che il corpo si scuoteva

nel paniere.

Oltre al fatto del sincronismo degli pseudo-movimenti con le contrazioni del cuore, sta anche il fatto che movimenti veri non possono aversene, poiché prima dell'esecusione, il paziente viene ben bene legato.

Quanto al capo, per circa 112 minuto si nutano movimenti spasmodici dei muscoli orbicolari delle palpebre e delle labbra. Tali contrazioni dei muscoli facciali (che si possono osservare su gli animali decapitati) non durano oltre i due minuti. Nacciarone

Un po' di storia del giornalismo medico

Il primo giornalista nel campo medicc-chirurgico fu Nicola Blegny, il secondo Jean-Paul de la Rogne, originario di Albi, che pubblicò il « Giornale di medicina e le osservasioni dei famosi medici, chirurghi, e naturalisti milligram.

contrò gran favore.

C. Brunet riprese l'opera del maestro Nicolas dando alla luce un « Giornale di medicine, . edito nel 1686 da D. Orthemels; pubblicò ancora per ben 15 anni (1695-1709) il « Progresso della medicina, » in puntate mensili, formato 12.º

Dopo Brunet il giornalismo medico francese restò muto per cinquant'anni.

Il numero dei giornali medici nel 1880 era di 785, così ripartiti:

Francia (Parigi), 95, dipartlmenti 52. Totale 147.

La Confederazione germanica, 188; l'Inghilterra, 69; l'Austria 54; l'Italia, 51; il Belgio, 28; la Spagua, 26; la Russia, 26; l' Olanda, 16; la Svizzera, 10; Svevia e Norvegia, 9; Danimarca, 5; Portogallo, 4; Principati del Danubio, 4; Turchia 2, Grecia 1, Totale 585.
America, 188; Asia, 15; Oceania, 2. Tota-

Il numero dei periodici di medicina nel 1895 era il seguente:

Francia (Parigi) 191; dipartimenti e colonie, 95. Totale 286.

Europa: Confederazione germanica, 168; Italia, 140;Inghilterra, 101; Russia. 86; Spagna, 47; Austria, 45; Belgio, 81; Olanda, 16; Svizzera, 18; Svezia e Norvegia, 9; Principati del Danubio, 7; Turchia, 2; Grecia, 2. Totale 667.

Asia: Indie, 25; China, Giappone, 80. Totale 55.

Africa. 2.

America: Stati Uniti, 848; Repubbliche del Sad, 17; Canada. 4; Messico, 2; Brasile, 1. Totale 867.

Oceania, 8. Totale 1880.

La Francia ha tenuto sempre il primo posto in Europa per il numero dei periodici di medicina; l'Italia, che nel 1880 occupava il quinto posto, recentemente si è messa molto avanti; difatti nello scorso anno è stata la terza, immediatamente dopo la dotta Germania.

FORMULARIO

L'acolitina per iniezioni ipodormiche

Siccome suolai per le iniezioni ipodermiche in genere, in cui conviene evitare ogni veicolo irritante, la formola da preferirsi per l'iniezione dell'acomitina è quella consigliata dal Dujardin-Beaumet:

> gram. 0 025 Nitrato di aconitina 100 Acqua distillata

Da iniettarne un cc. che equivale ad un quarto di

Ogni altra formola, come quelle di Gubler con acqua acidulata di acido solforico, di Meunier con vaselina, e di Vaucaire con acqua ed alcool, è da respingersi, e così ancora le iniezioni fatte con estratto alcoolico di aconito ecc.

Si deve solo badare che l'aconitina è un tossico potente e bisogna maneggiarla con la più grande prudenza.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manicomio per 8600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marso p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Oattedre universitarie

· Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella E. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Msisso.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Z a net ti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potra dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadenza 14 marzo. Nomina triennale.

Castelaucco Berardenga (Siena). — È aperto il concorso al posto di farmacista di questo Comune, cui è assegnata la somma annua di L. 200 a titolo di indennità di residenza e servizio notturno, più l'uso gratuito del locale della farmacia, convenientemente arredato di scaffalatura vasellame, ecc., e provvista di retrostanza da essere adibita per laboratorio.

Al farmacista spetta la somministrazione dei medici nali ai poveri per conto del Comune, con tariffa speciale approvata dalla Giunta municipale e da rivedersi ogni anno dalla Giunta stessa, sul parere dell'ufficiale sanitario, ed oltre l'obbligo della residenza nel paese di Castelnuovo e del servizio notturno per tutti, egli avrà altresì quello di uniformarsi alle condizioni tutte portate dal Capitolato d'oneri, ostenzibile nella segreteria comunale nelle ore d'ufficio.

La nomina sará fatta per questa volta sino al 31 decembre 1898; successivamente l'eletto dovrà esser confermato di biennio in biennio, a forma del Capitolato.

Nel caso di volontaria rinunzia o licenziamento, dovra precedere una disdetta reciproca di mesi tre.

L'eletto dovrà assumere il servizio entro 15 giorni dalla data della partecipazione di nomina. Scadenza 5 marzo p. v.

Acquaeanta. (Ascoli Piceno). Concorso adjuna delle tre condotte medico-chirurgiche per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 8000 nette di B. M. obbligo della cavalcatura. L'eletto deve sssumere il servizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina. Il concorrente oltre; soliti certificati deve produrne anche uno che comprovi di essere stato per almene tre anni Direttore od Assistente in qualche Ospedale.

Scadenza 15 marzo.

Lecco. (Ospedale Civico). Concorso al pesto di mediec-chirurgo, direttore deli' ospedale civico pei poveri di Lacco. Domanda e documenti vanno presentati alla Congregazione di Catltà. Il concorrente deva dimostrare di aver compiuto almeno 3 anne di pratica effettiva nell'esercizio della chirurgia. Stipendio annuo L. 2000 nette di trattenuta di R. M. Assunsione del servizio col 1º aprile p. v.

Scadenza 6 marzo.

Scenario. - 1. Riviste sintetiche. I diverticoli dell'esofago e del faringe. — 2. Lavori originali. Istituto d'anatomia patologica della R. Università di Napoli, diretto dal prof. O. von Schrön. -Un caso di ciste da echinococco dell'orbita, pel dott. Carlo Frugiuele, oculista dell' ospedale dei Pellegrini. — 8. Bollettino della Riforma Medica. -4. Società scientifiche.—5. Rivista di clinica. Clinica medica dell' ospedate Tenon in Parigi (prof. Tellamon). Sifilide epatica precoce con ittero grave ed atrofia gialla acuta del fegato. - 6. Batteriologia.

أرا والإلا الأراد ا

RIVISTE SINTETICHE

I diverticoli dell'esofago e del faringe.

I diverticoli dell'esofogo e quelli faringei. formano un capitolo molto poco conosciuto della patologia di questi organi.

Mondière fu il primo (1830) che, pubblicasse casi di tali lesioni. Indi Zenker e Ziemssen cercarono di dimostrarne l'origine patologica.

Koenige Klebs dissero essere tali alterazioni congenite, mentre Albrecht sosteneva che essi erano, vestigia di organi che normalmente si riscontrano in certi animali.

Numerosissimi, ma molto più tardi, comparirono i lavori che contribuirono a delucidarne la patogenesi e stabilirne la sintomatologia.

Basta citare i lavori di Neukirch, Chia ri, Hoffmann, Berkhan, Bergmann, Leichtenstern, Classen, Kocher, Fraenkel, Mintz, Reichmann, Huber, Buttlin, Mandach, Vigot, Ritter, Bychowsky, Gassner, Friedeberg, Oekonomides, Nissen, Dreschfeld, Murcheguet.

Delamare e Descalsals, nel numero del 13 febbraio corrente, hanno pubblicato nella Gazette des Hôpitaux, una rivista generale di tali lavori, sparpagliati nella letteratura medica e stabiliscono la classifica, la sintomatologia e la cura dei diverticoli che possono trovarsi lungo la faringe e l'esofago.

Si dà il nome di diverticoli esofagei, alle dilatazioni limitate ad un punto della parete, di volume variabile, che terminano a fondo cieco e comunicano col lume dello esofago merce un orificio abbastanza stretto.

Restano quindi escluse tutte le forme di ectasia, sia parziale che diffusa e gli pseudo-diverticoli che si rinvengono al di sopra di un punto stenosato, vestigia di antichi ascessi peri-esofagei o di una talsa strada prodotta da un cateterismo mal fatto.

Dopo che videro la luce i lavori di Zenker e Ziemssen, i diverticoli esofagei furono divisi in 2 grandi categorie: quelli per trazione e quelli per propulsione; v'ha, non pertanto, forme che non possono mettersi nè nell'uno nè nell'altro dei gruppi, avendo caratteri comuni tanto al 1º che al 2º

In generale, però, questi sono quasi sempre pseudo-diverticoli ed il carattere anatomico che li fa diatinguere si è che negli pse udo-diverticoli la mucosa manca.

I diverticoli più frequenti ad osservarsi sono quelli per trasione.

Essi sono provocati dalla retrazione di tessuto cicatriziale proveniente dall'aderenza di un ganglio linfatico infiammato o suppurato.

Talvolta il ganglio si apre nello esofago, si cicatrizza e determina una depressione infundibuliforme del canale esofageo a livello di tale

Virehow paragona la deformità prodotta in tal guisa, all'infossamento della cute a livello dei gangli tubercolari suppurati del collo.

Questo meccanismo spiega perché, il più spesso tali diverticoli si trovano nella parete anteriore dello esofago ed un pò al disotto della biforcazione della traches

Le affezioni che possono provocare questa adenopatia, sono svariate: tubercolosi, enfisema, bronchiettasia, sclerosi del polmone, pericardite, pneumo-coniosi.

Però, non tutti i diverticoli per trasione sono causati da una adenopatia. O h i a r i, in fatti, riporta un caso di un diverticolo provocato dall'aderenza dell'esofago al corpo tiroideo infiammato. Si è ancora osservato la carie vertebrale causare una mediastinite con aderenza parziale del-

Questa affezione si riscontra in ogni età, ma sopratutto nei fanciulli, particolarmente esposti alle adenopatie.

Il Vigot, nel 1894, al Congresso di Caen parlò di un caso in cui non v'era infiammazione alcuna, nè ganglii ipertrofici, per il che considerava il diverticolo come una deformità embrionaria.

Vengono poi i diverticoli per propulsione; essi sono meno frequenti, ma più grossi.

Essi, per la maggior parte, si riscontrano costantemente alla porsione superiore dell'esofago, o meglio nella porzione inferiore del faringe, esattamente a livello della cartilagine criccide. Il loro orificio di comunicazione si apre sulla parete posteriore del canale alimentare, al punto ove il faringe si attacca allo esofago.

Gli altri, molto meno numerosi, si trovano più in alto sulle pareti laterali del faringe, a livello della base della lingua.

Queste due varietà si somigliano molto, tanto per la semiologia che dal punto di vista etiologico e patogenetico.

Marcheguet propone di chiamare i primi

«diverticoli dorsali» e gli altri «laterali». I diverticoli dorsali, secondo Zenker e Z i e m s s e n, si produrrebbero per indebolimento dei fascicoli muscolari della parete posteriore dello esofago ed allora il passaggio reiterato del bolo alimentare produrrebbe, al momento della deglutizione, un inforzamento nel quale situandosi le particelle alimentari, accadrebbe un in- 4 casi suddetti si complicavano a fistola branfossamento sempre maggiore.

Ed allora la sacca, aumentando di volume, spinge in avanti lo esofago, e lo comprime in guisa che la cavità diverticolare diventa il prolungamento di quella faringea.

Gli ingesti cadono nel sacco, il quale può assumere dimensioni enormi, e l'esofago allora impedisce il passaggio di qualsiasi alimento.

Questi diverticoli possono essere determinati da un trauma che provochi la rottura delle fibre muscolari dello esofago, da un liquido caustico o bollente che leda la mucosa, di una paralisi locale della parete esofagea, da una pressione esercitata sul faringe e sull'esofago da un voluminoso gozzo, dagli sforzi di tosse o di vomito da una stenosi esofagea.

Fuori di questi casi, sono rarissimi quelli in cui il diverticolo per propulsione, determinato da un trauma, si sviluppi a livello del punto leso; la sede della varietà dorsale è costante.

La sua localizzazione si spiega facilmente tenendo conto delle condizioni anatomiche. Infatti in nessun punto del canale alimentare lo strato muscolare è così sottile e la fibre ne sono dirette in tal guisa.

Dippiù esiste nella parete posteriore dell'esofago, immediatamente sotto del faringe, un piccolo spazio triangolare, sprovvisto di fibre muscolari longitudinali, ad apice in basso, in cui la parete esofagea presenta il locus minoris resistentiae.

Finalmente, quivi, con la deglutizione si esercita lo sforzo più notevole, poiche in avanti la cricoide non si lascia ne spostare, ne distendere.

Alcuni autori (Bergmann Koenig Klebs) avendo riscontrato diverticoli lunghi, coverti da mucosa liscia e rivestiti di muscularis, rigettano la teoria puramente meccanica, considerando il primo abboszo dell' infossamento (donde poi si formerà il diverticolo), come una anomalia di sviluppo; ma in verità la discrepanza esistente circa la genesi dei diverticoli per propulsione, è notevole, e pare che la teoria meno accettabile sia quella che li riguarda come un vizio di conformazione embrionaria.

L'embriologia, al contrario, spiega benissimo la formazione dei diverticoli laterali che rientrano nella categoria delle malformazioni fetali. Il merito spetta in ciò al Marcheguet, il quele separò nettamento questa varietà dalla precedente, mettendone in luce la patogenesi.

Questi diverticoli laterali, che sono assai rari (non se ne conoscono che solo 4 osservazioni autentiche) si trovano più in alto e sono in realtà faringei; essi si aprono lateralmente alla base della lingua, allo stesso livello ove si osservano le fistole branchiali. Anche qui la propulsione, l'aumento di pressione al momento della deglutizione, contribuiscè molto allo accrescimento dei diverticoli, ma non si può in questo caso invocare il locus minoris resistentiae puramente anatomico. Solo l'embriologia spiega questa localizzazione e ciò è tanto vero che 2 dei

Si sa, infatti, che i 4 archi branchiali esistenti nell'embrione, presentano delle insenature esterne (poco accentuate) e delle insenature interne (molto più accentuate). Ora nel corso dello sviluppo, i solchi esterni scompaiono totalmente, mentre quelli interni (saccocce branchiali) si trasformano e si riscontrano assai facilmente nell'adulto.

Il 1º lascia la sua traccia sotto la forma di tromba di Eustachio e cavità della cassa (esso è l'origine della fistola di Virchowche coincide con le malformasioni dell'apparato au-

Il 2º dà la fossetta del Rosemüller che nello sforzo espiratorio può dilatarsi notevol-

mente (diverticolo di Pertik).

Il 80, secondo Born, contribuirebbe, in parte, alla formazione del timo.

Il 4º (fondus brachialis di H i s) si estende dalla base del cranio alla furcula, che è un rudimento dell'epiglottide; lascia come residuo fisiologico, la gronda laterale del faringe (sinus

pyriformis).

Il ravvicinamento di questi quattro solchi, rende molto difficoltosa la determinazione esatta di quello che fu punto di partenza della fistola. Però le fistole faringee hanno una sede costante verso la regione tonsillare e della base della lingua.

Ora, appunto in questa regione si trova l'orificio dei diverticoli-laterali; la loro origine con-

genita, quindi, pare assodata.

Quanto al loro ulteriore crescimento, essi sono sottoposti alle stesse cause di quelli dorsali, (tosse, sforzi, ristagno di sostanze alimentari o di corpi estranei).

I diverticoli per propulsione, possono svilupparsi sulla parete di un diverticolo per trazione-

propulsione.

Il loro meccanismo si spiega facilmente.

Esiste prima un diverticolo per trazione con fibre muscolari relativamente esili; vi penetrano i detriti alimentari; durante la deglutizione, la pression del bolo, esercita una maggiore spinta su questi punti sottili e la pressione, ripetendosi, fa si che i fascetti muscolari si divarichino e la mucosa si introfletta tra questi.

Tale varietà di diverticoli è al pari di quella per propulsione, una affezione dell'età adulta.

I diverticoli per trazione, poiche durante la vita non dànno sleun fenomeno, sono nella maggior parte, reperti di autopsie; spesso unici, si trovano talvolta multipli, a poca distanza l'uno

Sono infundibuliformi, rivolti in alto o in basso, profondi non più di 12 millimetri ed hanno uno orificio medio di 68 millimetri.

Le connessioni di questi diverticoli con gli organi finitimi, sono svariatissime e spiegano le molteptici complicanse, spesso gravissime, alle quali possono dar luogo.

D'ordinario la loro estremità aderisce ad ua ganglio linfatico infiammato, mercè tessuto fi-

broso; talvolta questo ganglio è caseficato ed il suo contenuto si versa nello esofago.

Allora non rimane altro che il suo inviluppo sfilosciato e circondato da uno strato di connettivo.

In cer: i casi, questo ganglio ha contratto alerenze contemporan amente con la trachea, la pleura, i bronchi, l'aorta, il pericardio, l'arteria polmonare.

Quando esso si rammollisce e versa il contenuto in queste due cavità, si comprende quanto

danno possa arrecare.

Guardato dalla faccia interna dello esofago, la cavità diverticolare talvolta si presenta piena di muco o di corpi estranei arrestativisi durant: deglutiziona.

Secondo Oek on omides e Rokitansky la loro parete sarebbe formata dagli stessi strati che l'esofago, ed avrebbe una tunica muscolare

prop ria.

Talvolta questa è rappresentata solo da poche fibre e può anche mancare. La mucosa d'ordinario è rugosa, con elementi istologici normali. Spesso il findo del diverticolo assume un aspetto cicatriziale, oppure presenta l'ulcerazione per la quale il ganglio suppurato si vuoto nell'esofago.

Non esiste alcun esame necroscopico dei diverticoli laterali per propulsione; i casi di W h ecler e di Bergmann, ci dicono solo che la parete ne è sottile e la mucosa liscia.

Meglio studiati sono i diverticoli dorsali.

Non se ne è mai trovato più di uno nello stesso individuo; di volume e di forma svariatissimi, hanno eziandio posizione varia.

Quelli di media grandezza si sviluppano ordinariamente nel cellulare che sta fra la faccia posteriore dello esofago e l'aponevrosi pre-ver-

Quelli più grossi, ordinariamente si flettono lateralmente e determinano una sporgenza più o meno considerevole, sia a destra che a manca; come sopra fu detto, tali diverticoli contraggono aderenze le più svariate. In generale la parete ne è solida e resistente ; essa presenta la stessa spessezza di quella esofagea; non si è però di accordo circa la sua costituzione.

Certo è che possono avere uno strato muscolare, uno di mucosa identica a quella faringea da eu proviene, più o meno ipertrofica, ed uno esterno di connettivo lasco condensato attorno alla saccoccia a mo' di viluppo, che generalmente è

molto vascolarizzato.

Quanto alla sintomatologia, i diverticoli per trazione passano quasi sempre inosservati, salvo nei casi, per vero assai rari, in cui si trasformano in diverticoli per trazione · propulsione. In quest'ultima «venienza i sintomi non differi-cono punto da quelli dei diverticoli per propulsione.

I diverticoli per propulsione, al contrario, sono stati spesso diagnosticati in vita e la sindrome fenomenica completa è stata basata appunto sui

casi di osservazione clinica.

D' inisio generalmente insidioso, a poco a poco inducono lievi disturbi di disfagia che possono durare tali, più o meno a lungo, e che si deter- E' chiaro, in fatti, che quando il diverticolo si

minano dopo un pasto abbondante o quando si mastica male. Questo disturbo di deglutizione si accompagna a dimagramento e quanto più la nutrizione é compromessa, maggiori sono i fatti generali.

A poco a poco, alla disfagia si aggiunge la dispnea, specie dopo il pasto: l'infermo nota talvolta lo sviluppo di una tumefazione al collo, lateralmente, oppure, iudebolito dai vomiti conti-nuati, offre l'aspetto della cachessia per inanizione. A questo momento l'affesione presenta un

quadro clinico completo.

Nel periodo di stato, l'ostacolo alla deglutizione resta sempre il sintoma principale. La disfagia è causata dallo accumulo di alimento nel sacco, e solo quando il diverticolo è pieno, l'alimento passa giù nello esofago; ma se il diverticolo è grosso, esso stesso, comprimendo il canale esofageo impedirà quando è pieno, ogni ulteriore passaggio.

Talvolta, mutando posizione, l'infermo arriva

deglutire.

La compressione, però, si esercita solo contro l'esofago; il sacco poggiato contro le vertebre, preme fortemente sugli organi respiratori, non provocando intensa dispuea; in alcuni casi si hanno pure disturbi fonici per compressione dei ricorrenti.

Lo syuotamento del contenuto del diverticolo accade ad epoche incostanti, quasi sempre incompletamente sotto la influenza di un mutamento di posizione e in seguito ad uno sforzo di vomito; quando accade con dolcezza, in una maniera insensibile, spesso si accompagna a rigurgito.

Questi fenomeni spesso sono accompagnati a dolore ottuso di sede ed irradiazione variabili.

Bene spesso, in tali condizioni, l'esame fisico dell'infermo fa rilevare uno slargamento alla base del collo e permette di palpare una tumefazione che dà a primo aspetto l'idea d'un gosso tiroideo: alla percussione si può ricavare suono ottuso, oppure timpanico, a causa della assenza o presenza di gas in esso.

Nei casi, più rari, in cui il tumore si è a preferenza svolto nel cavo toracico, il palpamento é negativo, ma spesso esiste una zona di ottusità a destra od a sinistra della colonna vertebrale,

a livello delle prime vertebre dorsali.

Questo fenomeno è sopratutto accentuato quando l'infermo ha bevuto prima un pò di liquido. Il rigurgito spontaneo o provocato, si accompagna quasi sempre a l un rumore di gorgoglio avvertito tanto dallo infermo che da chi gli sta accanto. Il passaggio degli alimenti dal diverticolo nello stomaco, si accompagna a rumori speciali, e ciò per l'ostacolo opposto dal colletto del sacco.

La stasi e la decomposizione degli alimenti nel diverticolo, rende l'alito degli infermi molto fetido e questo segno, frequentissimo, ha un gran

valore diagnostico.

L'evoluzione del morbo è lenta; la prognosi poi sta in rapporto con l'età dello infermo, la data della malattia, lo stato di salute dell' ammalato, la sede e specialmente le complicanze.

apre nella pleura, nei bronchi o in un vaso arte- coli del faringe) e le adeniti cervicali che rararicso, versando in questi il suo contenuto, le con-unente presentano i caratteri dei diverticoli. seguenze saranno gravissimo. Bisogna però rico noscere che i diverticoli per propulsione danno più raramente luogo a tali complicanze che non quelli per trazione; i disturbi che essi generano, dipendono sopra tutto dal loro volume e sono dovuti alla compressione.

La diagnosi di diverticolo esofageo è basata

sopratutto sul sondamento.

La tumefazione appariscente, la dispuea, la disfagia, sono troppo comuni ad altre lesioni esofages o non, per potere fare a fidanza su di esse. Però il condamento deve esser fatto con molta precausione. L'analisi del liquido ricavato con la sonda, permette di togliere ogni dubbio. Anche col laringoscopio, specie se il diverticolo è in alto, si potranno ottenere dati diagnostici suffi-

Le principali malattie esofagee che possono esser confuse con i diverticoli, sono: in primo luogo la stenosi dello esofago che produce sintomi di disfagia, presso a poco analoghi; però col sondamento si ha una sensazione molto diversa da quella che dà il catetere quando urta contro un cul-di-sacco, eppoi una sonda più fina o meno flessibile, passera sempre oltre il restringimento mentre il cul-di-sacco cieco non lo permettera giammai. Dippiù, gli alimenti rimangono meno a lungo nell'esofago estasico che nei diverticoli, ed i rigurgiti si hanno subito dopo i pasti.

L'esofagismo si distingue facilmente per la sua intermittenza, la bizzarra nella sua evoluzione, lo stato nervoso che l'accompagna, la sua scom-

parsa dopo il passaggio d'una grossa sonda. Il canoro, ordinarismente, si localizza al terzo inferiore dell'esofago e si accompagna a dolori vivissimi, lo stato generale è più rapidamente offeso, poiché all'inan zione s'associa la cachessia cancerigna. I ganglii cervicali ingorgati dalla neoplasia non lasceranno alcun dubbio.

I polipi dello esofago, con peduncolo più o meno lungo, danno anch'essi distagia; ma un conato di vomito, può, talvolta ricacciarli nella bocca, talvolta la sonda esplorativa percepisce la sensazione d'un tumore mobile; la loro localisgazione in alto sarà molte spesso rilevata col laringoscopio.

I disturbi della deglutizione sono spesso espressione di compressione esercitata da un tumore

mediastinico.

Un esame accurato del torace, però, permetterà di riconoscere un aneurisma dell'arco aortico, un'adenopatia tubercolare o cancerigna dei gangli bronco-tracheali, un ascesso congestivo per lesioni vertebrali.

La tumefazione cervicale può far pensare ad ipertrofia della tiroide che talvolta determina anche dispues e disturbi circolatori; la situazione pretracheale del gozzo, la sua partecipazione ai movimenti laringei, faranno evitare ogni confusione.

Basta finalmente ricordare i casi rarissimi di tracheoceli o gozzi aerei (che un'osservazione superficiale può solo far confondere con i diverti-

Quale la cura?

Quando il diverticolo è piccolo e poco molesto, bastano poche precauzioni per evitarne il crescimento. Quindi si raccomanderà allo infermo di masticare bene ed ingoiare piocoli bocconi: eppoi l'esperienza stessa dello infermo darà buoni consigli (inclinare il capo, comprimere lievemente con la mano a livello del diverticolo).

In alcuni casi l'uso di una sonda ha dato

buoni risultati.

Ma quando il diverticolo è grosso e da disturbi generali e locali notevoli, non bisogna esitare di fronte al morbo; qui la cura si impone ed è

tutta di spettanza chirurgica.

La cura radicale rassomiglia, come operazione, alla esofagotomia esterna. Si incidono i tegumenti lungo lo sterno-mastoideo e si disceca attentamente fino ad arrivare sul sacco. Secondo Kocher si fa una legatura provvisoria sul colletto, quanto più vicino si può alla parete esofeges, indi si sezione circolarmente la tunica esterna del diverticolo; sulla mucosa coel messa a nudo si fa una doppia legatura e fra l'una e l'altra si reseca col termo-canterio. Non resta allora che suturare la tunica esterna ed il moncone di mucosa. La ferita cutanea sarà unita incompletamente tanto da permettere il fognamento.

Per impedire l'infesione della ferita o si applicherà una sonda o (se questa non è ben tollerata) per alcuni giorni si ricorrera all'alimentazione rettale. Poi incomincerà l'infermo a prendere un po di latte sterilizzato, pures, e solo dopo 2-B settimane si ricomincerà l'alimentazione so-

Se per una causa qualunque, l'operazione radicale non può farsi (sede toracica del tumore, degenerazione cancerigna del diverticolo, ecc.), la gastrostomia è l'unico rimedio da tentare.

Nacciarone

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO D' ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI, diretto dal prof. O. von Sonôn. -UN CASO DI CISTE DA ECHINOCOCCO DELL'OR-BITA, pel dott. CARLO FRUGIUBLE oculista dell'ospedale dei Pellegrini.

(Cont. e fine. — Vedi num. prec.)

Considerazioni. — Le cisti da echinococco dell'orbita sono rarissime; infatti alle 39 osservasioni riunite da Berlin, io ho potuto aggiungerne solo altre 17, di cui alcune sfuggite alle sue ricerche, altre pubblicate dopo. Sicché, complessivamente non si conoscono che 56 osservazioni , tra le quali ce n' è una sola italiana , quella del dott. Morelli. Nè questa estrema

rarità dell'echinococco dell'orbita in Italia deve fare meraviglia, quando si pensi che anche l'echinocco del fegato è una malattia generalmente poco diffusa tra noi.

Berlin, paragonando tra loro l'echinococco epatico ed orbitario, ha constatato che solo per l'idatide dell'orbita il sesso forte si trova privilegiato, e dallo spoglio delle 89 osservazioni ha tratte le seguenti cifre. Il 77° lo di maschi su 28° lo di femmine. Inoltre, egli ha trovato, circa l'età, che mentre nel fegato l'echinococco si sviluppa di preferenza tra 20 e 40 anni, nell'orbita invece da 10 a 80 anni e nei due tersi dei casi da 10 a 20 anni.

Dall' esame attento delle 56 osservazioni riunite, ho potuto rilevare, oltre la precisione dei dati statistici stabiliti da Berlin, specie in rapporto all'età, che in circa i due tersi dei casi l'idatide si è sviluppata nell'orbita sinistra, ciò che mi ha richiamato alla mente la frequenza maggiore delle embolie cerebrali a sinistra, e credo che la ragione ne dev' essere la stessa, ciòè la faciltà maggiore per l'embrione exacanto, che funziona da embolo, d'imboccare più frequentemente il lume della carotide sinistra, che d'ordinario nasce direttamente dall'arco della aorta e si trova quasi nella stessa direzione della porzione ascendente dell'aorta stessa, anzicchè il tronco brachio-cefalico.

Dopo le esperienze di Siebold e Küchenmeister, è risaputo che la sola causa delle cisti idatiche, sia del fegato, sia dell'orbita, sia di altri organi, è riposta nell' introduzione nello intestino delle uova della tenia echinococco del cane. Questa introduzione può avvenire o per la convivenza cogli animali domestici o per l'inges ione di alimenti o bevande contenenti nova di tenia. Di questi due modi d'invasione però, il primo (convivenza cogli animali) dev' essere ritenuto come eccesionale e solo in pochi casi è chiaramente dimostrato. Nel nostro ammalato, infa:ti, non solo ho potuto accertare che egli non avea mai posseduto cani e gatti, ma che avea anche una speciale ripugnanza per questi animali.

Non è stata ancora chiaramente dimostrata la genesi dell' chinococco dell' orbita. Si ritiene che l'embrione exacanto, liberato dal suo guscio nello stomaco, s' immetta, per mezzo degli uncini di cui è munito, in un capillare o in una piccola vena dell' intestino ed arrivi così nel torrente circolatorio, dal quale sarebbe poi trasportato nell'orbita. Nell'orbita, l'echinococco, oltre ad avere volume vario fino a raggiungere grandezze enormi, come nessun altro tumore dell'orbita, può aver sede in tutte le parti, tranne, secondo de Wecker, tra parete ossea e periostio.

Esso cioè può annidarsi nel tessuto cellulograssoso come nel nostro caso, negli spazii intormuscolari, nella glandula lacrimale, nelle
guaine del nervo ottico e può o restare orbitario, ovvero invadere le cavità vicine, sopratutto
seno frontale e cavità cranica (Westphall),
od infine può avvenire che dalle cavità vicine
invada l'orbita, come nei casi di Verdalle,
Petit, Westphall.

La rarità dell'echinosocco dell'orbita, rende la sua diagnosi oltremodo difficile. Infatti, S c h m i d t nella sua 1ª osservazione, avea diagnosticato uno stratoma e nella sua 2ª una ciste della glandula lacrimale; Garcia Remoral, una ciste sierosa; Ansiaux un flemmone; Higgens un ascesso dell'orbita; Dudon una ciste sierosa sviluppatasi in una delle borse sinoviali che circondano i tendini dei muscoli oculari; Bowmann e de la Pena, un tumore maligno; Valu de una ciste dermoide; Chauvel un ascesso osseo tubercolare; Tarson fece diagnosi di ciste idatidea, ma gli fu opposto che trattavasi invece di una tenonite sierosa; Fage oscillò tra una ciste dermoide ed una ciste idatidea; nel nostro caso la maggior parte degli oculisti fece diagnosi di tumore maligno, solo il professore Sbordone diagnosticò una ciste, senza però determinarne la natura.

Donde la difficoltà di questa diagnosi? Senza dubbio non vi sono caratteri differenziali certi tra la ciste idatidea e gli altri tumori dell' orbita, però non è ammissibile la confusione con il flemmone e l'ascesso dell'orbita e con la tenonite sierosa, i cui caratteri clinici sono assolutamente diversi. L' imbarazzo comincia invece quando si vuole differenziare la ciste idatidea dal sarcoma e dallo altre forme di ciste. Tra queste ultime possono escludersi, senza discussione, le cisti congenite con microftalmia o anoftalmia e le cisti per stravaso o cisti ematiche. le quali, oltre ad essere estremamente rare, sono anche poste in dubbio (de Wecker). L'encefalocele e le cisti per occlusione che da esso provengano (de Wecker), possono facilmente differenziarsi dall'echinococco, sia perchè sono congenite, sia perché hanno una sede quasi stabile nella parete interna e superiore dell'orbita. sia perchè sono pulsanti, benchè questo carattere rarissimamente è stato riscontrato anche nelle cisti idatidee co municanti con la cavità cranica, sia infine per i caratteri del liquido, come vedremo fra breve. La sua rarità ed il suo piccolo volume, ci fanno escludere il cisticerco ed allora resta possibile la confusione solo con le cisti essudative o igromi dell'orbita, che pigliano origine dalle borse mucose di muscoli oculari, sopratutto del trocleare e dell'elevatore, con le cisti dermoidi e col sarcoma.

Come differenziare tra loro questi tumori? Certo non possiamo fidarci sui sintomi obiettivi e subiettivi, perchè sono estremamente fallaci, ma dobbiamo ricorrere ad un mezzo diagnostico eccellente, sicuro, innocente, che, mentre ha reso e rende tuttora grandissimi servigi in tutta le branche dello scibile medico ed è lodato e commentato da tutti, viceversa, poi, in pratica, sopratutto in oculisti a, è pochissimo usato, vo glio dire della puntura aspiratrice.

Questa, quando è praticata con tutte le r-gole dell'asepsi e dell'antisepsi, è assolutamente esente da ogni pericolo, nello s'esso tempo che ci rende chiara la diagnosi e per conseguenza la prognosi e la cura.

Essa, quando siamo sicuri di non avere a che fare con un angioma dell'orbita, dev'essere praticata, dice Terson, con un istrumento da aspirazione (siringa o altro) munito di una cannola molto forte e con un lume piuttosto largo, in modo che se il contenuto è molto denso, vischioso, possa essere parimenti estratto.

L'esame fisico chimico-microscopico del liquido estratto è il solo mezzo che ci fara stabilire con sicurezza la diagnosi.

Trattandosi di un sarcoma, non si ricaveranno coll'aspirazione che poche gocce di sangue.

Negli igromi, il liquido, benche limpido, è vischioso, denso e non può essere confuso con quello dell' echinococco. Il contenuto delle cisti dermoidi, consiste ordinariamente in un miscuglio di materie grasse e di cellule epiteliali, con cristalli di colesterina ed ammassi calcarei.

Raramente, come nel caso recente di Armaignac (Recuessil d'ophialmologie, nov. 1896) si estrae al principio un liquido limpido, che se per i suoi caratteri fis ci potrebbe la ciare dei dubbii, per quelli chimici o microscopici non ne la scia invece alcuno.

La confusione è possibile tra il liquido della ciste idatidea e quello dell'encefalocele. Ma il liquido cerebro-spinale, non solo ha un peso specifico inferiore di 1005, invece di 1009 a 1015, ma invece di cloruri contiene carbonati.

Il liquido idatideo è limpidissimo, del peso specifico di 1009 a 1015, ricco in cloruro di sodio, ma povero in albumina. Secondo Bizzozzero, però, mentre la povertà dell'albumina ci fa pensare all'echinococco, l'essere il liquido albuminoso, non può farcelo escludere, p rchè è risaputo che in seguito a ripetute punture il liquido idatideo diviene albuminoso.

In questo liquido si riscontra, inoltre, glucosio, acido succinico, inosite ed una ptomaina specia le. Ma ciò che rende sopratutto caratteristico il liquido, è la presenza degli uncini dell'echinococco, che sventuratamente e sopratutto per le cisti dell'orbita, non sempre si riscontrano.

Quando però essi esistono, la diagnosi è indiscutibile, come nel nostro caso.

Adunq e la di gnosi di ciste idatidea dell'orbita è molto difficile a farsi e se essa può essere facilmente differenziata da alcuni tumori dell'orbita, viceversa può essere facilmente confusa con altri.

L'unico mezzo sicuro, certi, di diagnosi, è la puntura aspiratrice e non vi sono parole sufficienti a raccomandarla in ogni caso.

Assodata la diagnosi di ciste da echinococco dell' orbi:a, quale ne dev' essere la cura?

Varii metodi operatorii si sono usati e cioè: 1º la semplice puntura; 2º la puntura seguita da una iniezione di tintura di jodo diluita, o di una soluzione di sublimato all' 'Iloco (metodo Baccelli); 3º l'incisione più o meno larga della ciste, seguita dall' introdusione di uno saffo, destinato a provocare il distacco della vescicola per suppurazione; 4º l'escissione di una porzione della parete cistica; 5º l'estirpazione completa.

Quale di questi metodi dev' essere prescelto? Evidentemente tutti possono essere atti alla cura dell' echinococco, perche è risaputo che basta portare un disquilibrio qualunque nella nutrizione generale di questo parasita per averne la morte, ma ciò non è costante, per modo che la semplice puntura può essere seguita da una residiva come nel caso chiarissimo di Terson. L' incisione iarga e lo zaffo consecutivo non è molto raccomandabile, sia per la lentezza della guarigione, sia per i tristi effetti che se ne potrebbero avere sulle parti circostanti, sopratutto sul nervo ottico.

Coll' escissione di una porzione della parete cistica, si avrebbe la stessa lentezza nella guarigione, perchè bisognerebbe aspettare sempre la eliminazione del resto della ciste per mezzo della suppurazione. Restano, quindi, gli altri due me-

todi: la puntura seguita da una iniezione di soluzione di sublimato 1/1000 (metodo Baccelli) e l'estrazione completa.

Entrambi sono utili, ma hanno indicazioni diverse. Se la ciste è piccola, l'estrazione e la guarigione per prima s' impone (Valude); se invece la ciste è molto volum inosa, è preferibile l'altro metodo.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Prevvedimenti centre la peste

I fatti di Candia hanno messo in questi giorni in seconda linea, nella stampa politica, la questione della peste e la relativa conferenza sanitaria, a cui, secondo noi, gli sguardi dovrebbero rivolgersi, nella speranza che si stabilisca fra tutti i rappresentanti internazionali intervenuti, quella concordanza di concetti e d'intenti che, attuati energicamente e presto dai relativi governi, possono garantire l'Europa dall' invasione delle malattie infettive esotiche in genere, e dalla peste in ispecie.

E' infatti, pressoche vano, chiedere a questo o quel governo, misure profilattiche, specie coercitive, quando esse non siano da tutte le potense interessate accettate e fatte rigorosamente rispettare, perchè sarebbe come chiudere la porta al male, che invece liberamente entra o

pud entrare per la finestra.

Così è il caso da noi e in Francia, dove si vuole impedire l'approdo dei navigli a Napoli o a Marsiglia, mentre esso è permesso a Brindisi, a Genova, ad Ancona ed altri porti italiani o francesi, e le vie di terra da Brindisi, Genova od Ancona a Napoli, o da Modane a Marsiglia e via dicendo restano aperte e sensa alcuna vigilanza. Tutto ciò può essere buono per fare del chiasso, e non per l'interesse vero della popolazione, che ne viene invece danneggiato potentemente nella parte più vitale, nel suo commercio, che deve esser sagrificato certamente, sempre che trovisi in gioco la salute pubblica, per quel vecchio monito tanto abusato e non mai abbastanza inteso, salus publica, suprema lex: ma non quando il sacrificio di esso è uno stupido olocausto a pregiudizi insani, e fatto a vantaggio esclusivo del commercio di nazioni più innanzi nel cammino della civiltà. Esse infatti, mi si permetta la rude metafora, sbanchetterebbero lautamente, mentre le altre più rozze ed ignoranti muorirebbero di fame, al pari che l'europeo nelle marce si satolla, quando può e vuole delle carni in conserva o del primo animale che in qualsivoglia modo ammazza o trova ammaszato, e scongiura la morte e riprende il suo cammino; laddove il selvaggiolangue di fame e muore, o resta indietro, sol perchè la sua vecchia fede gli vieta di mangiare la carne di un animale che ignora da chi o in qual scritta ipoestesia tattile. Non vi sono alterazioni modo sia stato ammazzato.

Noi, quindi, plaudiamo al voto ultimo di ravvedimento del Consiglio sanitario di Marsiglia e del Consiglio municipale della medesima città, con cui s'invocano dal governo francese misure eguali ed eque (rivocando quelle inutili e dannose di Marsiglia) per tutti i porti e per tutte le vie di comunicazione con l'estero, e si richiede che la Conferenza di Vonezia stabilisca un trattamento identico per tutte le nasioni rappresentate alla conferensa.

E ciò, almeno, sino a quando, al pari dell'Inghilterra, da tutte le nazioni, e da noi in ispecie, non si sia raggiunto quel grado di perfesionamento sanitario ed igienico che il progresso odierno consente, e che può far guardare impavidi in faccia al pericolo di malattie epidemiche devastatrici, alle quali man-cherebbe così il terreno, non di attecchire e svilupparsi, ma solo di porvi il piede.

Intanto leggiamo nel Progrès médical, che già l'istituto Pasteur ha spedito a Marsiglia cinque litri di siero antipestifero Yers in e che spedizioni analoghe si faranno nei diversi porti a seconda che esso verrà preparato dall'istituto stesso.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

R. Accademia di medicina di Torino. - intorno al quadro clinico della sinusite frontale acuta.-Sulla cura dell'osena.-Sul valore terapeutico della compressione percutanea del nervo ischiatico nella cura dell'ischialgia.-Su di un caso di tumore della regione glutea avente la struttura dello struma colloideo. Un caso di gosso metastatico.

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO Presidenza M o

Tornate del 12 e 20 febbraio 1897. (NOSTRO RESOCONTO PARTICOLARE)

interne al quadre clinico della cinusite frontale acuta. G. Gradenigo richiama l'attenzione su una forma di sinusite frontale, che per il suo andamento latente viene facilmente scambiata con la nevralgia sopra-orbitale, e che a parer suo merita un posto nosologico a parte, quantunque il reperto anatomo-patologico non costituisca che una attenuazione della sinusite frontale classica. L'affezione, di solito unilaterale, si manifesta alcuni giorni depo la risoluzione di una corizza, e si inizia con dolore a tipo nettamente nevralgico, localizzato prevalentemente alla regione del seno frontale; gli accessi durano alcune ore, sempre al mattine, aumentano di giorno in giorno di intensità e di durats, per raggiungere il maximum dopo circa una settimana. Il sintoma più importante per la diagnosi differenziale, e sul quale l'oratore richiama in modo speciale l'attenzione, si è che la percussione praticata col dito a martello sulla fronte, riesce particolarmente dolorosa sull'area corrispondente al seno malato; havvi spesso, inoltre, circodelle parti molli,

In taluni casi favorevoli, l'illuminazione per trasparenza mostra più oscura la zona del seno frontale malato. Negativo l'esame rinoscopico; talora si riconosce nell'hiatus semilunaris poco secreto. La malattia si risolve in circa due settimane con la uscita spontanea dalla narice corrispondente di una certa quantita di liquido mucoso filante, oppure purulento. Il malato conserva facilità alle recidive.

Dopo alcune considerazioni circa alla genesi del-· l'affezione, l'oratore consiglia, quanto alla cura, oltre al trattamento con gli antinevralgici, l'impiego del freddo, e l'applicazione della cocaina verso lo sbocco del seno frontale. Invece il trattamento generale antireumatico non porta apprezzabili vantaggi.

Salla cura dell'ozona. G. Gradenigo dopo aver notato che il trattamento col siero antidifterico dell'ozena da risultati favorevoli, ma di solito soltanto temporanei, ed è causa di disturbi talvolta gravi, riferisce, che incoraggiato dai buoni risuttati da lui ottenuti con la cura jodica in certe forme di otiti secche, ribelli alla terapia locale, e avolgentisi in soggetti presentanti particolari diatesi (Seduta dell'Accademia, 8 luglio 1896) ha istituito tale trattamento anche nella cura della ozena, affezione che si riscontra spesso in soggetti con ereditarietà tubercolare o sifilitica attenuata. Impiegò iniezioni intramuscolari della soluzione Durante, iniettando da uno a tre centigrammi di jodio a giorni alterni; la cura fu continuata per parecchi mesi, e i risultati ottenuti furono assai incoraggianti.

Si ebbe, infatti, notevole miglioramento nella quantità e qualità della secrezione, nei disturbi subiettivi e nelle complicazioni otitiche. Il controllo batteriologico non permise però finora di riscontrare in alcun caso la scomparsa dei microrganismi specifici, sicchè non si può parlare di vera guarigione.

Ad ogni modo, l'oratore è persuaso che il trattamento jedico, sepratutto per mezze di iniezioni intramuscolari e convenientemente prolungato, è quello che ancora può dare i migliori risultati nell'ozena.

Sul valore terapeutico della compressione peroutanea del nervo lechiatico nella cura dell' ischialgia. Arullani, accennato agli inconvenienti della compressione digitale, presenta un apparecchio per la compressione strumentale, in cui la compressione viene fatta da una robusta vite a pressione, che porta una pelotte la quale può essere fissa nella posizione verticale e può godere di movimenti di lateralità. Trattò nella sezione del dottor Pescarolo, docente di malattie nervose, una quarantina di casi: di questi, due migliorarono, sei furono ribelli, gli altri guarirono tutti; nei sei casi ribelli, si trattava più che altro di nevrosi generali ereditarie, di stati tossici o infettivi cronici. L'oratore consiglia pure la compressione nel cavo popliteo. In certi casi, abbastanza frequenti, in cui l'esame elettrico dimostra sternale, numerosi nodi metastatici nei polmoni; Il

compressione, raggiungere benissimo la guarigione. Conchiude che la compressione digitale può venire vantaggiosamente sostitui a dalla strumentale, e che tale metodo di compressione, proposto dal dottor Negro, è certo uno dei migliori per la cura dell' ischialgia.

Su di un case di tumore della regione giutea avente la struttura dello struma colicides. Muzio accennato alle osservazioni finora descritte su questo argomento, riferisce un caso da lui studiato nella clinica operative: si tratta d'una donna che da circa 10 anni portava un gozzo di medio volume : due anni fa, cadendo, batte della natica destra; 2 mesi dopo, nel panto dove aveva sofferto il trauma notò la comparsa di un tumoretto, che man mano raggiunse il volume d'una mesza arancia. Tale tumore era situato subito al disopra della grande incisura ischiatica destra, di forma semisferica, di consistenza elastica, ricoperta dalla cute e dalle parti molli sottostanti, era pulsatile e dava un senso distinto di espansione ad ogni pulsasione; asportato, si vide come fosse in parte collocato in una nicchia ossea scavata nell'osso iliaco.

Allo esame macroscopico, il tumore si presentava rivestito da una membrana fibrosa, all' interno aveva un colore grigio-giallastrosporco, friabile, con niun punto che si differenziasse dal rimanente della massa neoplastica; toltane qualche macchia emorragica, all'esame microscopico si rivelò una struttura del tutto simile a quella di uno struma colloideo.

In un breve tratto della periferia del tumore, dove il periostio era molto intimo, si nota una neoproduzione ossea del periostio stesso.

In questo periodo di due mesi, il gosso non mostrò alcuna variazione apprezzabile.

Un caso di gozzo metastatice. Carle, acconnato che la tiroide può essere sede non solo di atruma benigno, ma pure maligno che si distingue per il rapido sviluppo e per le aderenze con le parti vicine, e come la statistica del Braun segni una mortalità del 60 p. 100 in rapporto con l'atto operativo, ricorda come dell'adenoma maligno della tiroide non siano descritti numerosi esempl.

Riferisce il caso di una donna di 50 anni, di costituzione robusts, che presentava da 25 anni un gozzo, ora voluminoso e mobile, e allo sterno in vicinanza del manubrio, un tumore pulsante, grosso come un pugno, e che aveva cominciato a svilupparsi da cinque anni.

Pose la diagnosi di adenoma primitivo della ghiandola tiroide, con metastasi allo sterno, e nella lezione fatta agli studenti su questo caso insistette sul fatto che questi tumori maligni nelle metastasi riproducono la tiroide normale od embrionale.

La ghiandola venne estirpata in toto; dopo 10-12 giorni apparvero nell' inferma sintomi adinamici, più tardi si svolse una bronco, pneumonite (morì in quindicesima giornata). All' autopsia apparve la tiroide estirpata quasi del tutto; nessuna tiroide accessoria; voluminoso il tumore una reazione degenerativa rapida, si può con la tumore tiroideo apparve costituito da numerosi

cordoin cellulari posti fra lo stroma e da vescicole a contenuto colloideo.

Questo caso sarà da noi pubblicato integralmente.

Bizzozare comunica a nome di Salvioli un lavoro sull'irfluenza del sistema nervoso nelle infezioni.

Gradesigo. — Presenta in omaggio la pubblicazione giubilare testè uscita alla luce sotto forma del V° volume dell' Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia per festeggiare il XXV° anno di insegnamento di Oto-rino-laringologia del prof. E. De Rossi in Roma.

Questo volume, alla cui buona riuscita cooperarono quasi tutti gli odierni Specialisti in Italia, oltre ad essere una prova di universale deferenza al festeggiato, rappresenta, la prima solenne affermasione dell'importanza raggiunta anche nel nostro paese dallo studio di queste discipline mediche, e dà in qualche modo la misura dell'operosità scientifica che esiste attualmente presso di noi.

Fornaca

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica dell'ospedale Tenon in Parigi [prof. Talamon]

Sifilide epatica precoce con littero grave ed atrofia gialla acuta del fegato

Le lesioni viscerali acute e precoci dell'infezione sifilitica sono meno note delle lesioni croniche del periodo terziario, forse perchè sono meno comuni, ma anche, perchè la diretta relazione di molte manifestazioni interne con la sifilide, rimane dubbia per molte o non viene ricercata sistematicamente.

Su questo punto, del resto, v'ha bizzarre contradizioni; mentre l'angina e la laringite acuta sifilitiche sono classiche, si vaol disconoscere, o si ammette a stenti, l'esistenza d'una bronchite, d'una polmonite, d'una pleurite, acute roseoliche.

L'ittero e l'albuminuria precoci, sotto le loro forme, benigna e grave, hanno finito per acquistare dritto di citazione nei trattati di patologia.

D'altra parte, osservazioni indiscutibili han dimostrato che, nel periodo secondario, la sifilide dei centri nervosi può assumere l'aspetto di una mielite acuta o di una mielite acuta trasversa. Non si può quindi negare che la sifilide possa, fin dalle sue fasi iniziali, avere azione sugli organi profondi e che tale azione non si eserciti acutamente in questi organi alla stessa guisa di una qualsiasi malattia microbica.

La precoce lesione del fegato per tossina sifilitica, si traduce oblettivamente con l'ittero. Il fatto fu segnalato nel 1858 per la prima volta da Gubler che, in una sua memoria, riporta 5 osservazioni personali d'ittero coincidente con le prime eruzioni sifilitiche.

Per Gubler quest'ittero indica un primo tentativo della sifilide sul fegato che può degenerare in una malattia grave o mortale. Alla memoria del Gubler seguirono molte altre osservasioni d'ittero da sifilide precoce e ciascuno cercò di spiegare con una teoria a sè la genesi del fenomeno.

Per Gubler il fatto sarebbe causato da una roscola dei canalicoli biliari, ma le altre spiegazioni proposte, quali la compressione dei canali epatici per adenite ganglionare dell'ilo, per congestione del fegato, per piastre mucose del coledoco, non sono meno ipotetiche, poichè non constatate dal fatto.

L'ittero precoce, nella grande maggioranza dei casi, guarisce ed allora non si ha l'occasione di fare ricerche necroscopiche.

Ma esiste un'altra varietà di ittero da sifilide, anch'essa precoce, che permette tali constatazioni; è cicè l'ittero grave da sifilide, il quale termina con la morte, con tutti i sintomi comuni, emorragici e nervosi, della distruzione del fegato.

Il Mauriac nega l'esistenza di questa forma grave da siflide, e dice che si tratta di una semplice coincidenza fortuita; ma Lebert, Gubler Lacombe, Fèrèol, Verdet, Holton Fagge, Andrew, Balser, Senator, Neumam ed altri, riportano casi che depongono tutt'altro che per una semplice coincidenza.

Io ho avuto occasione, ultimamente, di osservare al Tenon, un esempio evidentissimo di sifilide epatica grave, precoce, con ittero.

Si trattava di una giovanetta diciassettenne in pieno periodo secondario dell'infezione sifilitica, con roseola, piastre mucose alla vulva ed all'ano, e ladenopatia generalizzata indolente, la quale giovinetta fu bruscamente colpita (in seguito ad una violenta emozione) da itterizia che, dopo avere assunto per 8 settenari l'andamento ordinario dell'ittero semplice, verso il 24º giorno prese i caratteri dello ittero grave con emorragie, delirio, convulsioni, coma e finalmente morte al 29º giorno; all'autopsia il fegato presentava l'aspetto caratteristico dell'atrofia gialla acuta, però senz'atrofia spiccata ed il microscopio dimostrò esistere un'epatite diffusa acuta, contemporaneamente interstiziale e parenchimale.

L'esistenza della sifilide non mi parve punto contestabile a causa degli svariati sintomi presentati dalla giovane morta; ma era stata essa la causa reale e diretta degli accidenti e delle lesioni del fegato?

Noi abbiamo notato l'inizio brusco dell'ittero

12 a18 ore dopo una emozione grave, ma non si può dire che si trattò di ittero emotivo, poichè questo non è mai seguito da conseguenze mortali. D'altra parte noi sappiamo che le influenze nervose ed in particolare le forti emozioni, l'ansietà, il terrore, sono ritenute come un fattore importante dell'atrofia gialla acuta del fegato; per questa ragione si spiega come essa si osservi a preferenza nelle donne che sono sempre più suscettibili.

Da questo punto di vista, la nostra osservazione rientra nella regola generale ed io credo che il traumatismo morale provato dalla inferma debba esser preso in grande considerazione, non già come causa reale della malattia, ma come causa occasionale la quale ha richiamato e fissato nel fegato l'azione del virus sifilitico.

A questo proposito io richiamo l'attenzione sur un particolare fornitoci dall'autopsia il quale non è privo d'interesse.

Noi abbiamo trovato la cistifellea e le vie biliari perfettamente vuote; la vescicola, i dòtti epatici, il coledoco, erano retratti, quasi contratti, ed i canali non permettevano neppure l'introdusione di uno stiletto in essi.

Tale retrazione non può attribuirsi ad una infiammazione interstiziale poichè ne mancano tutti i caratteri e d'altra parte il microscopio non dimostrò esistere alcuna infiammazione dei canalicoli biliari e portali. Per quanto strana possa a primo acchito, sembrare questa opinione, io opino che l'aspetto particolare delle vie biliari sia dovuto ad una persistente contrattura di tutto il sistema escretore.

Una contrattura che ha la durata di 29 giorni sembra inverosimile, ma la contrattura isterica degli arti non ha una durata altrettanto lunga? Perchè dunque lo stesso fenomeno non potrebbe verificarsi per la muscolatura delle vie biliari?

D'altra parte non è necessario ammettere che la contrattura sia stata continua, ininterrotta; han potuto esservi periodi di rilasciamento, ha potuto anche la retrazione prodursi durante la agonia.

Io non attribuisco a questa retrazione spastica del coledoco (nè nel caso in particolare, ne in generale) l'ittero emotivo; io credo che l'ittero emotivo sia un ittero a catectico per derivazione; ma, come altra volta dissi, se lo spasmo del coledoco non può spiegare l'ittero, si può però ammettere che la contrattura più o meno prolungata delle pareti biliari esiste nell'ittero[emotivo e che essa spiega le alternative di colorazione e decolorazione delle fecce che si osservano in questa varietà d'itterizia.

Ad ogni modo, il particolare rilevato da questa autopsia prova che non è l'ipotesi puramente teorica, ma che essa è reale e lo spamo del coledoco può persistere anche post mortem.

Un'altra particolarità dell'autopsia è l'esistenza di 2 gangli induriti ed ipertrofici a livello della unione del dòtto cistico e del coledoco.

Quest'adenopatia dell'ilo del fegato fu invocata come causa possibile dell'ittero sifilitico precoce. Questa spiegazione adunque può essere verissima; però non è tale nel nostro caso, poichè i ganglii non comprimevano nè il coledoco, nè il dòtto cistico, che invece erano fortemente contratti come i canalicoli epatici; se vi fosse stata compressione avrebbero dovuto constatarsi le conseguenze della stasi biliare; ora la cistifellea ed il sistema biliare erano perfettamente vuoti e non v'era alcuna lesione microscopica che indicasse una angiocolite dei canali portali.

Stabilito ciò, ritorniamo alla interpretazione del nostro caso.

Il disturbo nervoso iniziale, agendo come causa occasionale, l'infesione sifilitica si è fermata nel fegato ed ha provocato un'epatite acuta diffusa perfettamente come avrebbe potuto farlo qualunque altra infesione microbica o l'avvelenamento da fosforo. Quest'epatite acuta, parenchimale ed interstiziele insieme, ha determinato l'ittero con un meccanismo complesso e per la distruzione delle cellule epatiche, in capo ad un certo tempo, provocò la sindrome fenomenica dell'ittero grave.

L'essenza di ogni fatto fosforico, la mancanza di una infezione capace di indurre l'ittero grave acuto, fanno si che debba ritenersi l'itterizia, nel caso nostro, di natura sifilitica, poiche la sifilide era li, in atto, dimostrabile.

Il Mauriac nega il fatto col dire che nel fegato mancano le note caratteristiche delle lesioni sifilitiche, ma in realtà le lesioni acute sifilitiche non presentano alcun carattere speciale. Se la sifilide precoce può determinare una nefrite diffusa ordinaria con anasarca ed uremia, io non veggo alcuna ragione per rifiutarsi di ammettere che essa possa eziandio provocare un epatite acuta diffusa, con atrofia gialla acuta ed ittero grave. E, per deduzione, poichè la prova anatomica non potrebbe esser data, io ritengo che quel che comunemente si appella col nome di ittero sifilitico precoce, non sia che la manifestazione benigna della stessa lesione epatica meno profonda; e quindi credo di poter conchiudere:

che l'ittero grave che si produce nel periodo secondario della sifilide non è una coincidensa ma una manifestazione diretta dell'infezione sifilitica, allo stesso modo che la roscola e le piastre mucose con le quali coesiste;

che questo ittero grave è la espressione sintomatica di una epatite acuta diffusa (parenchimale ed interstiziale) che può terminare con l'atrofia gialla acuta del fegato;

che è logico supporre che questa epatite acuta sifilitica non ha necessariamente per conseguenza un esito fatale e che quindi bisogna ammettere l'esistenza di forme più lievi e curabili;

che l'ittero sifilitico precoce semplice, è, probabilmente, una varietà delle forme curabili di epatite sifilities precoce;

che, fra le due varietà estreme, esistono forme intermedie di minore gravessa, come sembra risultare dal caso di Sena tor:

che quindi si possa raggruppare sotto la denominasione di sifilide epatica precoce (per analogia con la sifilide brightica precoce) ogni manifestazione di sifilide secondaria nel fegato e che la manifestazione più benigna sia rappresentata dall'ittero precoce sifilitico semplice, mentre la manifestazione più grave è rappresentata poi dallo ittero sifilitico con atrofia gialla acuta del fegato (La Mèdecine modèrne, 18 febbraio 1897),

Nacciarone

BATTERIOLOGIA

La contagiocità della lepra. Klingmüler e Weber. La questione circa la contagiosità della lepra è finora insoluta, malgrado le numerose ricerche, che finora sono state pubblicate sopra tale argomento. Mentre negli ultimi decennii, sotto l' influenza della teoria di Danielssen fu ammessa quasi generalmente la trasmissione della lepra con l'eredità, dopo le ricerche batteriologiche di Neiseer gli autori si sono divisi in due campi, che difendono strenuamente l'uno la teoria della contagiosità, e l'altro della eredità.

La dottrina della contagiosità si appoggia soltanto sopra il fatto che i bacilli della lepra si riscontrano sempre in questa malattia, ed unicamente in essa. Finora non sono stati ancora realizzati gli altri due postulati stabiliti da Wolters, i quali dimostrerebbero con certezza la contagiosità della lepra. In fatti non si è ancora riuscito ad ottenere il bacillo della lepra in cultura pura, ne è stato possibile trasmettere la lepra con la inoculazione. Vero è, che sono stati eseguiti molti tentativi di cultura, i quali avrebbero determinato lo sviluppo del bacilli. Però, finora, ai rispettivi autori non è ancora riuscito di conseguire l'obbiettivo, che si proponevano, con certessa assoluta.

Una questione che, per tutte le malattie infet-

tive, ha una grande importanza rispetto alla trasmissibilità dell'affezione ad un organismo sano, è la seguente: il bacillo specifico lascia il corpo, e per quali vie?

Per i bacilli del tifo, in cui è noto, che essi vengono eliminati specialmente con le fecce, tutti sanno che i bacilli tubercolari vengono espulsi precisamente con l'espettorato, e quindi per quella via naturale dove gli organi affetti dai rispettivi processi tubercolari, eliminano i loro secreti ed escreti.

Per la lepra, quindi, presentavasi la domanda: mostrano i bacilli della lepra un carattere analo-

go? per quali vie lasciano il corpo?

Le ricerche, finora fatte, hanno dimostrato l'esistenza dei bacilli della lepra nelle seguenti parti: in tutti i noduli leprosi della cute, della mucosa orale e laringea (Neisser), nelle glandule sudoripare (Doutrelepont, Thoma, Unna, Philippson), nelle pustole cutanee (Leloir e Besnier), dentro le chiazze nella forma anestesica (Laaft), nel secreto vaginale, lacrimale ed uretrale (Babes) quando i rispettivi organi sono affetti da lepra, nonchè nello sputo (Doutrele pont) e nel sangue (Müller, Pellizsari, Philippson, Hansen, Köbner, Doutrele pont).

In un caso di lepra, che presentava un esantema maculoso e disturbi anestesici, gli autori hanno eseguito una vasta serie di ricerche, esaminando sistematicamente tutti i secreti e gli escreti, il sangue, la cute, ed il contenuto di Vescicole prodotte artificialmente. I risultati di queste ricerche possono essere brevemente com-

pendiati come segue.

Sangue.—Il sangue fu attinto da antiche chiazze anestesiche e da chiazze del tutto recenti. Le rispettive ricerche farono proseguite per mesi. Al principio, ben di rado riuscirono a constatare bacilli, nei preparati, modificando i me todi di esame, finora seguiti. I bacilli presentavansi isolati oppure aggruppati. I gruppi mostravano un carattere costante, nel senso che si constatavano sempre 8-4 bacilli, disposti parallelamente l'uno accanto all'altro. I bacilli sono lunghi e diritti, oppure leggermente curvi, e rassomigliano ai bacilli tubercolari. Le estremità apparivano alquanto tondeggianti, oppure leggermente clavate.

Col processo di Gram (dopo trattamento col joduro di potassio jodurato), gli autori potettero accertare che i bacilii si riducevano in filamenti di leptothrix. Col metodo di Ziehl, si riusciva a vedere soltanto pochi bacilli. Alcuni bacilli si vedevano dentro le cellule, ma la maggior parte di essi erano liberi.

Con i vescicanti e col termo-cauterio, gli autori provocarono la formazione di bolle artificiali. Finora, il contenuto di queste bolle non è stato sottoposto ad alcun esame. A diversi intervalli, di tempo, dalla formazione delle bolle, essi fecero preparati, dal contenuto, che non era mai purulento, ma soltanto sieroso, oppure leggermente opaco.

Anche qui riusci loro, superando enormi diffi-

coltà, di constatare bacilli, i quali, apparivano nello stesso modo come nel sangue. Anche nelle squame cutanee, asportate raschiando superficialmente, si rinvennero numerosi bacilli, che presentavano la stessa forma e lo stesso aggruppamento come nel sangue. Inoltre, da un pezzettino di cute, asportato da una chiazza leprosa, furono fatti dei tagli, i quali, colorati con l'ematossilina, presentarono il seguente reperto: lo strato corneo e lo strato del Malpighi, erano atrofizzati; le papille appianate. Il derma mostrava un' infiltrazione di mediocre intensità. Accanto a piccole cellule linfoidi, fortemente colorate, se ne osservavano alcune grosse, oblunghe, poco colorate, tipiche cellule giganti non se ne vedevano affatto. I capillari erano dilatati.

Nei preparati colorati, e sottoposti ad esame batteriologico, fu constatato quanto segue: le parti infiltrate sono cosparse da numerosi bacilli, i quali per lo più si presentavano aggruppati, o in forma di corone, e disposti parallelamente. La maggior parte dei bacilli, oppostamente a quanto si vedeva nei preparati del sangue, delle bolle e delle squame cutanee, erano inclusi nelle cellule.

Non si potette constatare con certezza, se le estremità fossero clavate, oppure acuminate. Nello strato papillare, il numero dei bacilli ora alquanto diminuito, e scarseggiava quanto più si procedeva verso lo strato del Malpighi.

Altresi nel sudore, è riuscito agli autori di constatare bacilli, che presentavano forma ed aggruppamento al pari che nelle squame cutanee.

Sicché riassumendo: gli autori sono riusciti ad accertare bacilli nel sangue, nel contenuto di bolle prodotte artificialmente, in squame cutanee, in sezioni cutanee (dove pervenivano fin negli strati superiori dell'epidermide) e nel sudore.

Come evidentemente scaturisce da queste ricerche, dicono gli autori, i bacilli leprosi possono, in ogni istante, riscontrarsi nel sudore, nel sangue, nelle squame cutanee. E, poiché è ancora inecluta la questione relativa alla contagiosità della lepra, questi reperti batteriologici, accertati dagli autori invitano ad essere cauti coloro che debbono assistere ai leprosi (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 8, 1897).

Meyer

Redattore responsabile: Dott: HUSO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manisomio per 8600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marso p. v.

Maddalena (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Outtedre universitarse

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti iovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Milsno.— Per i farmacisti.— Il Begio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandite il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1999. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potra dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadensa 14 marso. Nomina triennale.

Castelnuovo Berordenga (Siena). — È aperto il concorso al posto di farmacista di questo Comune, cui è assegnata la somma annua di L. 200 a titolo di indennità di residenza e servizio notturno, più l'uso gratuito del locale della farmacia, convenientemente arredate di scaffalatura vascilame, ecc., e provvista di retrostanza da essere adibita per laboratorio.

Al farmacista spetta la somministrazione dei medici nali ai poveri per conto del Comune, con tariffa speciale approvata dalla Giunta manicipale e da rivedersi ogni anno dalla Giunta stessa, sul parere dell'ufficiale sanitario, ed oltre l'obbligo della residenza nel paese di Castelnuovo e del servizio notturno per tutti, egli avrà altresì quello di uniformarsi alle condizioni tutte portate dal Capitolato d'onari, ostensibile nella segreteria comunale nelle ore d'ufficio.

La nomina sará fatta per questa volta sino al 31 decembro 1898; successivamente l'eletto dovrà esser confermato di biennio in biennio, a forma del Capitolato.

Nel caso di volontaria rinunzia o licenziamento, dovra precedere una disdetta reciproca di mesi tre.

L'eletto dovrà assumere il servisio entro 15 giorni dalla data della partecipazione di nomina. Scadenza 5 marzo p. v.

Acquasanta. (Ascoli Piceno). Concorso ad una delle tre condotte medico-chirurgiche per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 8000 nette di R. M. obbligo della cavalcatura. L'eletto deve assumere il ser vizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina. Il concorrente oltre; solitì certificati deve produrne anche uno che comprovi di essere stato per almene tre anni Direttore od Assistente in qualche Ospedale.

Scadenza 15 marzo.

Scamario. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La peste bubonica. — Alcune osservazioni sulla peste. — 2. Lavori originali. Clinica medica generale di Padova (prof. De Giovanni). —Sopra un caso di ascite torbida lattescente, non adiposa, pel dott. A. Ceconi, coadiutore. — 8. Rivista di Clinica. Clinica medica di Vienna (prof. Nothnagel). —Una forma insolita di disturbo motore con reasione miotonica — 4. Note terapiche. — 5. Notisie.

La peste bubonica

E' quest' argomente, di occasione, e benchè già avessimo riportato, nei n. 88 del corrente anno, un largo sunto della conferenza del Roux sulla peste, non ci pare far cosa discara al lettore se vi ritorniamo sopra, avendo sott' occhio una lezione del Banti (La clinica moderna, 10 febbraio 1897) ed una conferenza del Landous y (La Presse mèdicale, 10 febbraio 1897) in cui l'argomento è ampiamente trattato, sia dal punto di vista clinico, che terapeutico e anatomo-patologico.

Questa terribile malattia, può svilupparsi quando è importata nei nostri paesi, in qualunque stagione; però le temperature alte e secche sono sfavorevoli allo sviluppo del microbio, tanto vero che al tropico il male è ignoto. Prima dell'uomo attacca i topi, e questi a migliaia si vedono uscire dalle tane e rimaner morti, sparsi sul suolo.

Il periodo d'incubasione della peste bubonica è in media di 8 a 4 giorni, ma si ammette che possa estendersi fino al 7º giorno.

E' raro che si abbia un periodo prodromico; ordinariamente l'inizio ne è brusco; ad un tratto l'individuo è colto da un profondo abbattimento, disordine delle facoltà mentali e cade in uno stato che può rassomigliarei all'ubbriachezza.

Esiste cefalea, nausea, vomito, brividi ripetuti; nei punti ove più tardi si svilupperanno i buboni, ha sede un dolore molesto. Nello spazio di poche ore a 8 giorni, insorge la febbre che tocca i 40°-41°-42° C, ed allora l'infermo ha l'aspetto di un tifoso al 8°-4° settenario. Contemporaneamenta si sviluppano i buboni nel sito ove sono le comuni ghiandole linfatiche, mentre sulla pelle degli arti superiori, inferiori, al sacro, alla nuca, si sviluppa un gruppo di vescicole a contenuto nerastro, a cute circostante gangrenosa, cioè i carbonchi.

Talvolta con lo sviluppo di queste localizzazioni, la febbre si abbassa e lo stato tifoso si dilegua, i buboni si risolvono o suppurano, ed al 69-

8º giorno l'ammalato entra in convalescensa. Ma nel massimo numero dei casi con la remissione della f'bbre, lo stato tifoso si aggrava, si ha delirio, anuria quasi completa, ematemesi, talvolta itterizia, e la morte sopraggiunge per collasso o per esaurimento, o con fanomeni convulsivi. Che se l'epidemia è grave, comunissima è l'osservazione di casi in cui bastano poche ore perchè la peste si origini, si evolva e conduca lo infermo alla tomba con fenomeni di collasso, raffreddamento, petecchie, ecc. I casi benigni che si osservano, sono quelli al fiaire dell'epidemia. Gli appestati che superarono l'infezione lieve, o grave che fosse, acquistano una immunità di cui la durata non si può ancora precisare.

La lesioni che al tavolo necroscopico si riscontrano, sono: i buboni, le emorragie (sottocutanee, parenchimali, interstisiali), i carbonchi; come lesioni concomitanti, poi, è facile notare aumento in volume della milsa, infiammasione catarrale delle mucose, lieve tumefasione ed iperemia di tutte le glandule linfatiche. Solo le piastre del Peyer si presentano costantemente integre.

Che la peste fosse di natura infettiva, lo conoscevano già cento e cento anni addietro, ognispecie di individui dei paesi travagliati da tanta
jattura; ma solo nel 1894 si potè dagli uomini
di scienza determinare quale ne fosse l'agentespecifico. Ed il caso volle che contemporaneamente, ignorando l'uno i lavori dell'altro, nel luglio
del 1894 fossero in due a scoprire il microbio pestifero, K i tasato e Y e r s i n.

Da quel giorno essi si sforsarono ad isolare, a' coltivare il bacillo, e, nel breve tempo di non più che 80 mesi, i risultati ottenuti dalle ricerche di Y e r s i n furono tali che gliene procureranno la gloria.

Il germe pestifero é un bacillo corto, toxio, (µ 1₁2 × 1) ad estremi arrotondati, facilmente colorabile con i metodi usuali, ma si scolora col metodo di Gram; esso è privo di mobilità. Si sviluppa facilmente a 87° sul siero di sangue od in agar glicerinato. Un terreno molto favorevole è il brodo, e meglio una soluzione alcalina al 2°₁₀ di peptone con l'1-2°₁₀ di gelatina. Nel brodo, la cultura rassomiglia a quella delle streptococco piogeno. Nella gelatina a 20° lo sviluppo è lentissimo, il bacillo nasce lungo l'infissione dell'ago in forma di piccole colonie sferiche ed alla superficie a modo di delicata membra nella che ricorda la cultura del bacillo tifoso.

Nelle culture giovani, i bacilli appariscono quast

rotondeggianti, ma dopo 24-96 ore sono più lunghi e si dispongono a catenule.

Il bacillo della peste non possiede spore. Le temperature di oltre 60°, lo uccidono, così pure lo essiccamento completo; l'acido fenico, il sublimato, il latte di calce, agiscono su di esso come sugli altri batterii.

La peste è un' infezione appartenente al tipo delle setticemie emorragiche, che nell'uomo ha la porta di entrata per la via cutanea; se così non fosse e si dovesse ritenere ematogena l'infezione, mal si spiegherebbo come nei casi più lievi, in numero maggiore si sviluppano e più precoci e costanti i carbonchi. In questo caso la resistenza organica è grande e quindi resta la lesione limitata al punto d'inoculazione o si estende, al più, fino ai prossimi ganglii senza determinare l'infezione generale.

Quanto poi a spiegare perchè talvolta si hanno manifestazioni superficiali moito appariscenti e talora queste esistono in minimo grado, si può ammettere che quando i bacilli sono molto virulenti, determinano subito la setticemia sensa reasione flogistica nel punto d'innesto, mentre il contrario accade con materiale meno virulento: eppoi anche il modo d'introdusione del virus per la via cutanea ha un grande interesse. Per conseguenza la mancansa di carbonchi non esclude punto che l'infesione sia avvenuta proprio per la cute.

La localizzazione dei bubboni nei gangli superficiali, la refrattarietà di taluni mestieranti (bagnaiuoli, acquaioli, cliandoli, mercanti di sostanze grasse) in cui la cute è mantenuta di continuo netta, oppure unta di uno strato protettivo, sono tutti argomenti che militano in favore dell'opinione che la peste non sia infezione ematogena, ma si sviluppi per contatto e primitivamente nella cute.

Non può assolutamente negarsi che l'infezione possa determinarsi eziandio pel tubo enterico, ma il caso sarebbe molto raro. Anche ammettendolo, però vanno esclusi dal numero dei veicoli infettivi l'acqua e l'aria. Invece i vegetali mangiati crudi o le sostanze raccolte dal suolo, sono i mezzi più adatti a propagare l'infezione.

La profilassi della peste, adunque, si può avere con molto maggiore facilità che non per le altre malattie infettive, in quanto che i 2 grandi fattori, acqua ed aria, in questa infezione restano estranel.

Ma non si potrà, certo, con tutti i mezzi adoperati, evitare che, anche isolati, si osservino alcuni casi ed allera come curare quei disgraziati che sono colpiti da un morbo tanto nefasto? Appunto per questo il nome di Yersin andrà scritto fra quelli dei benefattori dell'umanità.

Egli ha potuto ottenere, da cavalli immunizzati, un siero antipestifero e per poterlo sperimentare sull'uomo non si è fatto mai vincere da alcuno ostacolo materiale o morale. Recossi ad Hong-Kong, Canton, Tonkino, ovunque esisteva la peste, e quivi venne a studiare l'evoluzione del morbo ed a tentarne la cura; ma quei popoli erano troppo arditi ed ostili verso gli stranieri ed il povero Yersin avrebbe dovuto tornarsene con le pive nel sacco (almeno per la esperienza riguardante il siero curativo) se per fortuna non fosse venuto involontariamente in suo soccorso Monsignore Chausse della Missione cattolica, che gli permise di sperimentare (sopra un giovane ritenuto proprio inguaribile) per la prima volta l'efficacia del siero.

Ebbene, bastarono solo 80 cc. per guarire con una rapidità sorprendente il povero infermo.

Ed allora fu un mutarsi di scena in favore dell'illustre scienziato. Oltre che il direttore del seminario si fece lasciare un tubo di siero col quale guarirono altri 2 infermi, recatosi ad Amoy il Y e r s i n potè curare ben 28 individui colpiti da peste con la sieroterapia. Di questi, 21 guarirono e solo 2 morirono. I due deceduti erano arrivati già al 5º giorno della malattia quando fu intrapresa la cura e morirono l'uno 5, l'altro 24 ore dopo la prima iniesione di siero.

Il risultato dei casi veduti ad Amoy è il seguente:

6 al 1º giorno di malattia. Guarirono, tutti in 12-24 ore, senza suppurazione dei buboni, con l'iniezione di 20 a 80 cc. di siero;

6 al 2º giorno Guarigione più lenta e per ottenerla fu necessario iniettare 80 a 50 cc. di siero. Guarigione completa in 8-4 giorni senza suppurazione dei buboni;

4 al 8º giorno. La febbre persistette per 24-48 ore dopo la 1ª iniezione. La guarigione fu più lenta ed in 2 casi si ebbe suppurazione dei buboni. Fu iniettato di siero da 20 a 50 cc;

8 al 4º giorno. Guarirono tutti in 5-6 giorni. Solo un bubone suppurato. Siero iniettato 10-50 cc.

▲ al 5º giorno. Due morirono ma il loro stato era disperato al momento della cura. Gli altri due guarirono. Siero iniettato 60 a 90 cc.

Come si vede, la mortalità è apppena del 7, 6° lo e si può dire che è minima se si tien conto che, dei malati non curati in tal modo, ne muoiono più che l'80° lo.

In generale la peste non è una malattia che va per le lunghe: quindi bisogna intervenire subito; tanto più presto si ha la guarigione per quanto più presto fu fatta l'iniezione. E' veramente maraviglioso vedere come, specie quando si è dato il siero nei primi 2 giorni, bastano poche ore perchè i sintomi più allarmanti svaniscano. I buboni si risolvono a vista d'occhio e gli infermi subito si rimettono completamente, mentre la convalezcenza dei casi fausti di peste è sempre lunga e penosa.

Il siero adoperato da Yersin era per giunta debolissimo; quindi, ottenendone uno più attivo. basteranno dosi veramente minime, perché si ottengano effetti meravigliosi curativi e preventivi.

Nacciarons

Alenno esservazioni sulla peste. (Lowson.).

I bacilli della peste possono abbandonare il corpo degli infermi in diversi modi, uno dei quali
(del tutto certo, benchè non frequente), è rappresentato dall' aprirsi dei buboni. Nel secreto patologico dei buboni, i bacilli sono numerosi; ed
anche dopo che tale secreto diventa purulento,
trascorrono in generale alcuni giorni, prima che
i bacilli scompaiano e si perda così il potere infettante.

L'affermazione fatta da alcuni, che il secreto dei buboni non sia contagioso, ha origine appunto dal fatto che, dopo alcuni giorni di suppurazione, il pus che cola dai bubboni della peste non differisce affatto da quello d'un'ulcera volgare qualunque, ed è del tutto sprovvisto d'ogni potere infettante.

La ragione per la quale i bacilli della peste, solo in rari casi abbandonano il corpo dell'infermo nel modo accennato, è rappresentata dal fatto, che per lo più gli infermi muoiono prima che i buboni si aprano. L'autore, il quale, nel 1894, ha avuto occasione di studiare la malattia nella Cina, e che negli ospedali Hong-Kong osservò più di 2800 casi di peste, non constatò l'aprirsi dei buboni neppure in 50 casi.

Le fecce degli ammalati di peste sono contagiose, come è stato messo fuor di dubbio dalle ricerche e dagli esperimenti di Wilm, che studiò anch'egli la peste in Cina, contemporaneamente all'autore. Wilm trovò i bacilli della peste anche nell'urina, quando questa era albuminosa e conteneva cilindri. Gli sputi e la patina linguale contengono bacilli quasi costantemente. Quanto al latte, non furono fatte speciali ricerche, ma è stato osservato che molti bambini allattati da madri affette di peste, restarono esenti dall'infesione. Ciò però non basta a dimostrare che il latte

in tali casi non contenesse bacilli, giacchè è possibile che il tubo digerente dei detti bambini abbia resistito all'infezione. Il sudore pare non contenga bacilli. Le seminagioni fatte con esso, hanno sempre dato risultato negativo.

L'autore ritiene estremamente improbabile, che l'infezione possa mai trasmettersi per messo dell'aria espirata dagli infermi. Se un tale modo d'infezione fosse possibile, dovrebbero aversi numerosissime vittime tra le persone addette alla sura degli ammalati di peste, o che, per una ragione qualunque, devono avvicinarsi ad essi. Ma i fatti provano tutto il contrario. In Hong - Kong, non si ebbe alcun caso di peste tra le persone che avevano l'incarico di andare di casa in casa per constatare se vi fossero ammalati di peste, e per ordinare il trasporto di questi ultimi ai lazzaretti. La mortalità tra gli infermieri fu minima, quasi nulla, benché in alcuni ospedali il numero degli ammalati di peste fosse straboschevole, e le condizioni igieniche fossero, al tempo stesso, pessime.

Questi fatti provano molto chiaramente, che l'aria espirata dagli ammalati di peste non è affatto capace di trasmettere l'infesione.

Ma se l'aria, per sè stessa non può essere veicolo di contagio, essa può diventarlo per la eventuale presenza del bacillo della peste nel pulviscolo atmosferico. A tale riguardo, il bacillo della peste si comporta, con molta probabilità, analogamente al bacillo tubercolare. Quindi, anche la mucosa respiratoria può essere una via di penetrazione del bacillo della peste. Ma è molto verisimile che la via di penetrazione più comune sia rappresentata dal tubo digerente : ed in tal caso l'infezione potrà provenire o dalla presensa del bacillo della peste negli alimenti o nelle bevande, o da inquinamento dei recipienti ed utensili con cui si mangia, o dal perchè il cibo che si porta alla bocca è contagiato dalle mani stesse dell' individuo, precedentemente inquinate in un modo qualunque.

Quanto alla penetrazione del bacillo della peste dai comuni tegumenti, basta, perchè essa possa prodursi, anche una minima soluzione di continuo, quale una graffiatura, una puntura e via dicendo.

Relativamente alla distribuzione geografica della peste, è stato affermato che quest' affesione risparmia costantemente i paesi situati in vicinanza dell' equatore, o, per parlare più precisamente, le regioni al disotto del 19° o 20° di latitudine nord. Ma quest' affermazione non corrisponde al vero, giacchè la peste è ben nota in alcune regioni dell'Africa equatoriale, per esempio nell'Uganda, ove essa è conosciuta, tra gli indigeni, sotto il nome di *Kaumpuli*. In tale regione, quando un individuo ammala di peste, tutta la tribà cui egli appartiene si trasferisce senza alcun ritardo ad un'altra località.

Nell' Uganda la temperatura media è di circa 80° C., e nelle ore più calde della giornata, cioè nel pomeriggio, suole aversi in media, all'ombra, una temperatura di 86°, 5 C. nella stagione secca, alquanto inferiore in quella piovosa. Questi fatti dimostrano falsa l'opinione del P a y n e, che cioè il corso della peste bubonica si arresti verso la linea isotermica corrispondente a 78° F.(25°, 5 C.). Pare, adunque, che i limiti di latitudine e di temperatura che si è creduto di assegnare al diffondersi del terribile morbo, siano, almeno in gran parte, falsi.

Oltre alle forme gravi di peste bubonica, sono state indicate coi nomi di pestis minor e di pestis ambulans, due forme piuttosto benigne dell'affesione.

Il nome di pestis minor si è dato a casi di affezioni glandulari, manifestatesi poco prima dello
scoppio d'un'epidemia di peste bubonica. Il Döppn er osservò,in Russia,diversi di tali casi,nell'anno
1877. Gli infermi, dopo aver avuto leggiera febbre
per un periodo di una o due settimane, presentavano nelle regioni sottomascellare, ascellare e
crurale, tumefazioni glandulari, che venivano poi
a suppurazion. Tuttavia in ne suno dei casi che
furono qualificati come pestis minor, è stato ricercato il bacillo specifico, e per ciò non può affermarsi con piena certezza, che gli accennati
casi fossero realmente casi di peste.

Quanto alla *pestis ambulans*, si sono così denominati certi casi benigni di affesione glandulare, verificantisi o nel corso d' un' epidemia di peste bubonica o poco dopo la cessazione di

L'autore però ritiene che in tutti i pretesi casi di pestis ambulans, siasi trattato, quasi certamente, di altre affesioni glandulari, del tutto diverse dalla peste. Le tumefesioni infiammatorie delle glandu'e linfatiche sono, come è noto, un fatto frequentissimo in ogni tempo, e possono dipendere da svariate cagioni.

Quindi può facilmente accadere che, durante una epidemia, o poco dopo l'estinsione della medesima, vengano attribuite ad essa adeniti linfatiche di tutt'altra natura (The Lancet, 18 febbraio 1697).

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE DI PADOVA (prof. DE GIOS VANEI). — SOPRA UN CASO DI ASCITE TORBID DA LATTESCENTE, NON ADIPOSA, dott. A maggio de lo Ceco e i, coadiutore.

Nel decorso anno scolastico, ebbi ad occuparmi della patogenesi e sintomatologia dei versamenti lattiginosi, ed il lavoro relativo, da più mesi consegnato alla direzione di un periodico italiano di medicina, sarà fra breve reso pubblico (1). Nel mio lavoro ho voluto completare la casuistica raccolta dal Barghe buhr con l'aggiunta di alcuni casi sfuggiti all'autore tedesco e di alcuni altri pubblicati soltanto in questi due ultimi anni, ma non mi sono nascosto il valore del tutto relativo che un tale studio statistico poteva avere come indice della frequenza di questi versamenti.

La recente pubblicazione del Salmon (2), dei Dott. Corselli e Frisco (3) i quali nella sola clinica di Palermo ne osservarono 5 casi e quella del Moehle (4), con due casi, mostrano di fatti, indipendentemente da altre considerazioni che qui non giova ripetere, che tali versamenti sono più frequenti di quanto la casuistica nota possa far credere. Per quanto riguarda la loro natura, i casi, e non sono invero i più numerosi, che per il corredo di notizie diagnostiche e microscopiche ci permettono apprezzamenti, meglio attendibili, appoggiano la classificazione di Quincke-Senator, di versamenti chilosi e chiliformi, mentre qualche caso isolato e qualche considerazione sulla patogenesi di questi versamenti, permette anche di accettare una cforma mistas in cui il liquido endo-sieroso può ripetere i caratteri dei primi e dei secondi. Quanto alla possibilità di versamenti lattiginosi, senza o con minime quantità digrasso, io faceva nel mio lavoro alcune riserve, in vista della conferma che meritavano e il caso di Lion e le considerazioni cui si prestava il caso di Verdelli.

Intanto questi due casi non sono rimasti iso-

⁽¹⁾ Ceconi. — Sui versamenti chilosi e chiliformi. « Morgagni » n. 2, 1897.

⁽²⁾ Salmon.—Aschite chyleuse ou ascite chyliforme. È un lavoro riassuntivo, senza osservazioni proprie «Arch. gener. di mèd.» pag. 464, 1896.

⁽⁸⁾ Corselli e Frisco. — Le asciti lattee e la loro patogenesi. «Rif. med.» nn. 1, 2, 6, dec. 1896.

⁽⁴⁾ Moehle. — Citato nel lavoro dei dott. Frisco e Corselli.

lati. A chard (1) recentemente ne ha pubblicato un altro e lo ha paragonato a quello di Lion; Sainton (2) ne pubblica anch'esso uno analogo; infine io stesso ebbi la fortuna, nel gennaio decorso di osservarne uno. Lo pubblico ora con piacere perchè mi offre l'occasione di smettere le riserve che nel mio primo lavoro aveva fatto in proposito.

Si trattava di un individuo che si presentò alla clinica con abbondante versamento ascitico e pleurico unilaterale. Fatta la doppia puntura a notte, si abbandonò il liquido estratto nei recipienti sensa rilevare il per il dei suoi caratteri fisici, che la grande torbidensa e il colorito paragonabile a un rosso mattone pallido e non uniforme. Alla mattina seguente il fondo dei vasi era coperto di uno spesso sedimento rosso-cupo e il liquido sovrastante presentava caratteri netti di lattescensa, con una leggera sfumatura opalina, rilevabile soltanto a luce riflessa.

Nessuna traccia di pellicola alla superficie.

Esaminato il sedimento al microscopio, si scoprirono in grande quantità globuli rossi del sangue bene conservati, numerosi leucociti e fra messo numerosi granuli, dei quali alcuni con facilità si potevano riconoscere come albuminoidei, altri come grassosi. Nessuna traccia di cristalli. Il liquido sovrastante al sedimento non presentava che qualche raro granulo, di cui non era sempre facile precisare la natura.

La torbidessa del liquido non diminuiva nè per filtrazione, nè per centrifugazione e nemmeno per trattamento con etere, previa aggiunta di liscivio potassico. L'odore era insipido, la reazione alcalina, il peso specifico 1010. Abbandonato a sè per qualche giorno, andò ancor più intorbidando e si coprì di una densa pellicola in tutto simile a panna di latte, la quale però con l'acido osmico non dava la reazione netta dei grassi, ma una lenta, progressiva, colorazione scura come la segliono dare gli albuminoidi in genere sotto l'azione di questo reattivo. Al microscopio si mostrò composta esclusivamente di microscochi che non furono identificati. Nessuna traccia di precipitazione di fibrina.

Con l'analisi chimica si accertarono i seguenti corpi:

Sost. albuminoidi (per pesata) gr. 14,85 °_{[00} Sieroglobulina (per differensa) » 8,15 °_{[00} La filtrazione delle sostanze albuminoidi dava un filtrato limpidissimo, leggermente citrino; la separazione della globulina, invece, dava un filtrato leggermente torbido, opalescente.

Sintonina tracce
Peptone assente
Glucosio assente
Grasso (4 determinazioni) 0,17 °lo
Residuo secco 9 °lo
Ceneri 5,6 °lo
Cloruri 5,1 °lo
Fosfati / in tracce

Il pasiente, quantunque malandato nelle condisioni generali, non volle rimanere nella Clinica, per cui mi venne a mancare la possibilità di ulteriori ricerche.

Complessivamente considerate, queste risul: tanze non ci permettono di classificare il liquido in esame ne come chiloso nè come chiliforme. La minima quantità di grasso rinvenuta è ben lungi dal giustificare l'intorbidamento lattescente che il liquido presentava. Nel mio lavoro prima ricordato io esponeva la convinsione che nei casi simili il grasso presente, benche in proporzioni assai piccole, poteva bastare a dare spiegasione della latte cenza più omeno accentuata dei versamenti i quali erano per esso suscettibili di essere classificati secondo la distinzione di Quincke-Senator, semprechè condizioni particolari nella loro composizione non potessero rendere inutili i meszi per i quali si arriva al diagnostico differenziale. Ma ora una tale interpretazione non mi soddisfa più. Lion, interpretando il caso suo, parla di una sostanza albuminoide da lui riscontrata, analoga alla caseina, da classificarsi fra i glicoproteidi di Hammarsten, la quale si produrrebbe e si dissolverebbe nel liquido ascitico. Verdelli accenna ad una peculiare aggregazione molecolare della globulina, talora associata a grasso, il quale però si troverebbe in quantità assai piccole. Nei cesi di Achard e di Sainton il gresso era in minima quantità e il liquido presentava al microscopio abbondantissime fine granunulazioni albuminoidi, alle quali indubbiamente l'intorbidamento lattiginoso era da addebitare. La priorità di questa osservazione non spetta però nè all'A chard, nè al Sain ton ma, per quanto a me consta, al Quincke (8) il quale

⁽¹⁾ A c h a r d. — Società med. degli osp. di Parigi, 18 nov. 1896. (Ref. nella «Gas. degli Osp.», n. 142, 1896).
(2) S a i n t o n.—«Gas. hebl. de Mêd. et Chir. n. 6, 1897.

⁽⁸⁾ Ueber die gefarbn Bestandttheile con transsudaten. « Deuts. Arch. f. klin. med. », pag. 590. (Oss. 8), 1882.

aveva già da tempo rilevato come l'aspetto lattiginoso del liquido di un versamento poteva dipendere anzichè da una fine emulsione gras-osa, da una emulsione di natura albuminoidea. Interessante nelle osservazioni dei due autori francesi prima citati, è il fatto che essi han visto il liquido evacuato con la paracentesi, intorbidarsi e diventare lattescente quasi d'amble, lasciando così sospettare influenze di temperatura e forse della luce sulla formazione delle granulazioni.

L'ipotesi di peculiari aggregazioni molecolari delle sostanze albuminoidi, messa avanti e anche specificata del Verdelli, può trovare appoggio nella presenza di queste granulazioni le quali rappresenterebbero, per così dire, la conseguenza morfologica dal fatto chimico. Le cose però non vanno sempre così. Lo stesso Verdelli non accenna, a proposito del caso suo, a granulazioni albuminoidi, e nel caso di Lion come nel mio, un' emulsione albuminoide non era punto rilevabile con l'esame microscopico. Di più in questi casi, come del resto anche in quello di Quincke, il carattere lattiginoso del liquido non si verificò soltanto dopo la sua estrazione, ma precesisteva.

Conviene dunque ammettere che si danvo versamenti con carattere di lattescenza anche indipendentemente dalla presenza di una quantità più o meno abbondante di granulazioni grasse o albuminoidee. Evidentemente anche in questi casi sono sempre le sostanze albuminoidi contenute nel liquido che sono in giucco, sia per la quantità o la qualità di taluna di esse, sia per la particolarità della loro aggregazione molecolare; ma una tale ipotesi per quanto attendibile e per quanto trovi riscontro in fatti analoghi di lattescenza del siero umano e di animali in date condizioni di malattie e di esperimento, credo non possa più che tanto essere precisata nei suoi particolari.

Resta pertanto stabilito che nella classificasione dei versamenti lattiginosi, deve essere tenuta nel debito conto anche una varietà, in cui il carattere della lattescenza non può essere attribuito a grasso emulsionato, ma ad altre condizioni in rapporto col contenuto albuminoideo dei liquidi sierosi, come Quincke aveva per il primo osservato e più casi ora confermano.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica Medica di Vienna [Prof. Nothnagel].
Una ferma inscilta di disturbo metere con reazione mietonica.— C. Stein.

Il 28 giugno del 1896, fu accolto, nella Clinica di Nothnagel, un giovane falegname a 20 anni, il quale, per quanto si potette rilevare da un'anamnesi molto accurata, non presentava alcuna labe neuropatica ereditaria.

L'esame, al momento della recessione in Cimica, fece rilevare che l'infermo era un individuo di media statura, con tegumenti generali di colore e turgore normali. Le guance presentavano un colore rosso intenso, le mucose visibili erano ben colorite.

Temperatura normale.

In nessun punto del corpo si constatavano segni di lesioni violente recenti, o pregresse, e neppure di disturbi trofici o vasomotori. Costituzione generale robusta. Muscolatura del tronco e delle estremità, sviluppata al massimo grado possibile; sopratutto quella delle estremità inferiori può dirsi addirittura erculea.

Nessun disturbo da parte dei nervi cerebrali. Psiche, favella, intelligenza, memoria, intatte. La sensibilità in tutto il corpo è completamente normale.

Non vi sono fenomeni di stimolazione motoria. Gli organi del torace e dello addome sono intatti. Non vi è alcun disturbo della vescica e del retto. Frequenza del polso: 76. Atti respiratoria minuto, 26. Urina normale.

Articolazioni libere.

Invitato l'infermo, dopo che è stato per lungo tempo a letto, di alsarsi, ciò si effettua come segue: punta le mani sopra una delle cosce, e cerca di sollevarsi in un colpo.

Soltanto dopo lunghi tentativi, gli riesce di stare ben seduto, giacchè al principio ricade sempre nella posizione dorsale. Col solo sussidio delle estremità superiori, non riesce ad alzarsi.

Però, se ripete parecchie volte questo movimento, dopo alcuni esercizi, al caso di alzarsi, rapidamente, col sussidio delle estremità superiori, e, proseguendo gli esercizi, riesce altresi a stare facilmente seduto, senza aiutarsi con le estremità superiori.

Nel tentativo di alsarsi dal letto e di scendere, l'infermo, si trascina anzitutto al margine del letto, muove a stento le gambe, e nei primi momenti non può tenersi ritto sulla sponda del letto. I primi passi sono vacillanti, ha la sensazione come se le gambe gli si piegassero sotto, e non le allontana dal suolo, trascinandole quasi a stento. Il tronco dondola, per così dire, sulle gambe.

Dopo alcuni passi, incomincia a dissiparsi la esitazione, l'infermo incomincia a camminare risclutamente, e, dopo uno a due minuti, può correre quasi per la camera.

In questo passaggio dalla debolezza quasi paralitica delle gambe fino a che esse riprendono tutta la loro energia funzionale, non si nota alcun'ombra di rigidità, oppure di tensione della muscolatura.

Però, se si invita repentinamente l'infermo ad accelerare il passo, producesi di un tratto una rigidità della muscolatura della gamba, che impedisce il movimento. Però, già dopo pochi passi, si dissipa questa rigidità, provocata dal movimento forzato.

I movimenti dell'occhio, come pure la chiusura dell'occhio, si compiono rapidamente.

La forza motrice, dopo un lungo riposo muscolare, è minima. Qualsiasi resistenza, opposta a tentativi di movimento passivo, viene superata senza alcuna resistenza.

Proseguendo, per un certo tempo, lo stesso movimento, si constatò che aumenta l'energia funsionale del rispettivo gruppo muscolare.

Tutta la muscolatura, nello stato di riposo, è molle ed elastica, ed anche durante i primi tentativi di movimento, essa rimane nello stesso stato; mancano le contrazioni fibrillari.

Proseguendo gli esercizi, si nota che i rispettivi gruppi muscolari divengono progressivamente più duri, ed in ultimo passano in uno stato di contrasione, ed al tatto mostrano una durezza lapidea.

Tutta la muscolatura, finchè non si trova ancora in attività normale, non mostra alcun segno di rigidità o di tensione.

Essa non è dolente nè alla pressione, nè alla palpazione.

La compressione sui nervi e sui tronchi vasali non provoca alcuna contrazione muscolare.

L'eccitabilità meccanica dei nervi è normale. Picchiando in corrispondensa dei tronchi nervosi, si nota una evidente breve contrazione nel rispettivo gruppo muscolare.

I nervi motori mostrano un carattere normale verso la corrente faradica.

Con una corrente faradica di intensità minima, si produce una contrazione normale, ma fugace, dei muscoli. Con correnti faradiche di media intensità, o molto intense, si ha una contrazione lenta, tonics, della mu colatura, contrazione che si dissipa lentamente dopo l'interruzione della corrente. Nel punto, dove è stato applicato l'elettrode indifferente, formasi un solco profondo, che persiete alcuni secondi, e si dissipa poi lentamente. Alla corrente galvanica, la muscolatura si mostra facilmente eccitabile.

Quanto al fenomeno di Erb, cioè contrasioni ritmiche ondulatorie sotto l'azione della corrente costante, esso non potette essere osservato nel nostro infermo.

Ciò premesso, sorge la domanda: di quale natura è il processo patologico che esisteva in questo infermo? Può essere esso ben definito?

L'essenza di questa affezione sarebbe, secondo l'autore, una semplice anomalia funzionale dello apparecchio motore volontario, la quale nel suo inizio si manifesta, dato uno sviluppe erculeo ed omogeneo di tutta la muscolatura, con una forte diminuzione dell'attività corporea, e con la difficoltà di eseguire finanche i movimenti più semplici.

Dopo reiterati esercizi motori, dopo ripetuti tentativi per eseguire una data funsione, la debolezza motrice iniziale principia a dissiparsi e poi scomparisce del tutto, sicchè l'infermo può allora compiere finanche un lavoro difficile.

La debolezza muscolare più o meno accentuata, che l'infermo presentava al principio dei movimenti intenzionali, mostra, a prima vista, una certa analogia con ciò che si afferma nella pseudo-ipertrofia dei muscoli a sviluppo completo.

Però, la ripetizione del movimento, il rapido accrescersi della elasticità dell'azione muscolare, la celere reintegrasione dell'attività dei gruppi muscolari, che debbono compiere un dato movimento, e la facilità con cui l'infermo riesce, in breve tempo, a superare finanche esercizii atletici, sono più che sufficienti per costituire una differenza rilevante fra la pseudo-ipertrofia e la affezione osservata in questo infermo.

In vero, il sintoma della debolezza muscolare si riscontra pure in quell'affesione, che da Jolley è stata denominata miastenia grave paralitica.

Tuttavia, è da considerare, che in quest'affezione la debolezza muscolare si pronunzia in tutt'altro senso, giacchè in esso la muscolatura si stanca rapidamente quando si prosegue il movimento, salvo a ricuperare le forze subito dopo un poco di riposo.

Inoltre, è da notare, che nella miastenia grave pseudo-parelitica, la muscolatura non è molto avviuppate, al tatto essa è floscia, e la sua reazione alla correpte elettrica è del tutto peouliare.

Nè è difficile la disgnosi differensiale fra la sindrome fenomenica del morbo di Thomsen e quella osservata nel caso in parola,

Infatti, nel morbo di Thom sen trattasi di un disturbo motore, che insorge dopo un lungo siposo, e di una tensione e rigidità della muscolatura, che si verifica al principio dei movimenti volontarii e li impedisce.

Soltanto col continuare l'attività motrice, cessa la tensione, ed è sostituita da una attività muscolare normale ed energica.

Ors, nel caso sopra descritto, il disturbo dell'attività muscolare producesi, in vero, con evidenza dopo un lungo riposo.

Però, mentre nella miastenia la teneione, la rigidità muscolare, che si produce allo inizio di qualsiasi movimento intenzionale, costituisce il sintoma fondamentale della malattia, nel caso descritto qui, vediamo che il lungo riposo, oppure l'interrusione dell'attività, non cagiona, al principio di un nuovo movimento, una sensazione di rigidità muscolare, sibbene di una debolezza paralitica.

Il più semplica movimento, come per es., il sollevare un braccio, lo afferrare un bicchiere, ecc., riesce oltremodo difficile.

Inoltre, la muscolatura non è punto contratta, ma completamente floscia.

Mel morbo di Thomsen, il muscolo messo in movimento non può rilasciarsi dopo che è cessato l'impulso volitivo, perchè i muscoli messi in attività cadono in uno stato di tensione, che è avvertita dallo stesso infermo, e la muscolatura rimane per qualche tempo nella posizione assunta per la contrazione.

Invece, nello infermo di Stein si presenta una rigidità apparente, solo quando egli, per un invito apparente, si accinga subito ad un movimento di corsa, oppure, quando nei primi tentativi per correre, urta contro qualche ostacolo.

Egli allora ha la sensazione di momentansa rigidità, come pure la sensazione di essere rattenuto fermamente nel nito dove si trova, e ripetutamente cade irrigidito a terra.

Oltre a ciò, è da notare, che, in qualsiasi altra specie di movimenti, non si constata mai in lui il carattere fondamentale del morbo di T h o m a e n, cioè la rigidità muscolare e la peculiare anomalia nei movimenti intensionali. Facendo incurvare un infermo affetto da tipica miotonia, non gli riesce subito a raddrissarsi, nè a lesciare subito un oggetto che ha fortemente stretto fra le mani, giacchè persiste ia rigidità tonica della muscolatura, deputata al dato movimento intensionale.

Invece, l'inferme di Stein, dope che é state per lungo tempe in riposo, può a stente stringere una penna od un bicchiere con le dita. E, quando ha afferrato un oggetto, può lasciarlo istantaneamente, se glie lo si ordina.

Laonde, se si paragona il disturbo funzionale esistente in questo caso, con quello che caratterizza il quadro tipico del morbo di Thomasen, ne risultano le seguenti differenze.

Nella miotonia, la rigidità muscolare insorge al principio del movimento intensionale; nello infermo di S te i n essa si rivela con una debolessa paralitica.

Nella prima, la rigidità si dissipa lentamente quando continuano i tentativi del movimento, laddove nell'infermo di Stein la debolezza, esistente al principio del movimento, viene soctituita dal rinvigorimento, e l'infermo può allora, eseguire subito il movimento

Nell'infermo affetto da miotonia, la muscolatura al principio del movimento intensionale è rigidamente contratta, laddove nello infermo di Stella sessa è afficsolata. Nel primo caso il muscolo rimane, per qualche tempo, nello stato di contrazione; nel secondo, il muscolo può subito rilasciarsi.

Per contro, l'analogia del quadro patologico dello infermo di Stein col morbo del Thomsen, si manifestava con la rigidità delle estremità inferiori, la quale insorge nel movimento forsato, e rende difficile l'ulteriore movimento.

Da tutto siò risulta, che è della massima importanza il risultato dell'esame dei nervi motori e dei muscoli.

Insieme ai caratteri peculiari del disturbo motore, esso ci fornisce chiarimenti importanti sulla natura della malattis.

I nervi motori presentano una eccitabilità normale meccanica, faradica e galvanica.

Il muscolo presenta un aumento della socitabilità mescanica, una leggiera socitabilità per la corrente faradica e galvanica, lento aumento, e lenta diminusione, ma persistenza della sontrasione determinata dalla corrente, con comparsa di un solco nel rispettivo fascio muscolare.

Inoltre, sono chiaramente constatabili le contrasioni muscolari endulanti, osservate da Bernhardt, Petrone, ed Erb.

Sicché, eccesion fatta delle contrasioni muscolari ondulatorie ritmiche sotto l'azione della corrente stabile, si possono constatare tutti quel fenomeni che E r b ha qualificati come ressione miotonica, dell'apparecchio motore.

Facendo astrasione della debolezza muscolare di natura paralitica, esistente al principio, rimane la rigidità della muscolatura nei movimenti forzati e la reasione miotonica, e quindi una sindrome fenomenica, che potrebbe essere facilmente riguardata come una forma leggiera del morbo di Thomson.

Sono noti alcuni casi di morbo di Thomsen nei quali soltanto alcuni gruppi muscolari erano sottoposti allo spasmo, e nei quali lo spasmo difficilmente può essere provocato, e facilmente si dissipa.

Come Svessband ha fatto rilevare, può darsi che dipenda da una peculiarità individuale, se un individuo sia più facilmente accessibile di un altro a talune qualità di eccitazione.

Ad ogni modo, in riguardo alle miotonie genuine, si può ammettere una predisposizione spastica, come sostrato della malattia, in virtù della quale gli individui infermi reagiscono per taluni stimoli, con lo spasmo muscolare.

Va da sè, che la innervazione volitiva può, da sè sola, essere sufficiente ad indurre uno stato tetanico della muscolatura, ovvero, lo stimolo dell'impulso volitivo può essere accresciuto da stimoli riflessi di natura psichica o somatica (Westphall).

In base a queste ed altre considerazioni, l'autore desume che, nel caso da lui osservato, si è trattato di una forma insolita di disturbo motore, con reasions mictorica.

E' probabile, che le future ricerche neurologiche, faranno rilevare, che essa non è punto così rara come oggidi si potrebbe credere (Wiener klinische Rundschau, nn. 6 e 7, 1897).

Meyer

NOTE TERAPICHE

Cura delle diverse forme cliniche dell'ipercieridria.

Mathieu.—Nel n. 25 di questo giornale, ci siamo occupatidellavoro del Bardet e del Mathieu stesso, sulla cura dell'ipercloridria, ma per l'importansa dell'argomento, ci piace riportare quasi integralmente la comunicazione di cui demmo solo un cenno a pag. 800 del n. su citato.

L'ipercloridria, dice il Mathieu, non è una

toma, che può incontrarsi in condizioni patologiche molto diverse.

Sulla cura di questo sintoma, considerato in modo del tutto generale, può dirsi ben poco. In tutti i casi d'ipercloridria, bisognerà cercar di restringere l'esagerata attività secretiva e di evitare ogni stimolo, che tenda ad aumentare ancor più tale secrezione. Il regime dietetico ha sempre una grandissima importansa.

A parte queste semplicissime indicazioni, la cura dell'ipercloridria varia di molto, secondo le diverse forme cliniche di essa. Queste si possono ridurre alle seguenti : ipercloridria latente; crisi gastriche d'origine neuropatics, con ipercloridris; ipercloridria discontinua a parosismi dolorosi allontanati ; ipercloridria discontinua a parosismi quotidiani provocati dali' ingestione degli alimenti o dalla vacuità dello stomaco; ipercloridria continua con stasi (malattia di Reichmann); ipercloridria associata ad ulcera rotonda; ipercloridria associata a stenosi meccanica del piloro.

L'ipercloridria latente non è punto rara.

L'autore, avendo esaminato il chimismo gastrico di sei persone sane, trovò che in quattro di esse la secrezione cloridrica era notevolmente esagerata. Fatti analoghi sono stati citati da altri. Quindi, non v'ha dubbio, che si può essere affetti da ipercloridria senza saperlo, senza avere alcuna sofferenza gastrica, e mentre si gode d'una perfetta salute.

Può egli dirsi, che l'ipercloridria, in queste condizioni, costituisca davvero una malattia? Perchè si ha da dichiarare ammalato un individuo, per la sola ragione che il suo stomaco gode d'un potere cloridro-peptico superiore alla media? Ed allorché in individui neurastenici si constata l'esistenza d'ana ipercloridria latente, con qual diritto si attribuisce il lero stato neuropatico alla visiatura apparente del chimismo gastrico?

La vera ipercloridria latente non ha bisogno d'alcuna cura. Tuttavia questa condizione è importante a conoscere, perché ci spiega la vera natura delle crisi gastriche neuropatiche, accompagnate da ipercloridria.

Il prototipo di queste ultime è costituito dalle orisi gastriche della fase preatassica della tabe: esse sono caratterissate, per lo più, da dolori intensissimi, ipersecrezione gastrica e vomiti. Secordo che in tali ammalati esiste abitualmente ipercloridria o ipocloridria, le materie vomitate hanno, dal punto di vista chimico, qualità opposte; e negli infermi nei quali si aveva una ipercloridria latente, l'ipersecrezione gastrica che manifestasi durante le crisi, è ipercloridrica,

Ma il fatto importante non è, in tali casi, l'ipersecrezione cloridrica, bensi la crisi stessa.

Oltre che nella tabe, tali crisi s'incontrano pure, talvolta, nella paralisi generale, come anche nelle semplici nevrosi, quali la neurastenia, l'isterismo, l'emicrania. Anche gli individui affetti da rene mobile, possono andarvi soggetti, e del pari, in rari casi gli individui sofferenti d'infesione palustre.

In tutti gli accennati casi, le indicazioni curaentità morbosa a sè, ma semplicamente un sin- tive principali devono trarsi dalla malattia fondamentale, anzicchè dal sintoma ipercloridria. Nelle crisi gastriche dei tabetici, un solo rimedio spiega un'azione realmente benefica, cioè le iniezioni ipodermiche di morfina. Per crisi neuropatiche meno intense, può bastare il riposo ed

un' alimentazione poco irritante.

Sotto l' influenza dei dispiaceri, degli strapazsi, degli accessi dietetici, accade spesso che individui affetti da ipercloridria latente o poco accentuata, presentino parosismi dolorosi più o meno intensi, talvolta accompagnati da vomiti. Si ha allora la così detta ipercloridria discontinua a parosismi dolorosi allontanati. Nei neuropatici, questa forma morbosa può presentare molta somiglianza con le crisi gastriche accompagnate da ipercloridria.

Il riposo, un' alimentazione blanda, bene scelta, alcuni calmanti anodini, bastano in molti caei, perchè tutto rientri nell'ordine dopo pochi giorni. Passato il periodo d'eccitazione, può persino accadere che l'ipercloridria ceda il posto all'ipecloridria. E' anche possibile, che all'ipersecrezione intermittente succeda un'ipersecrezione continua.

Nell' ipercloridria discontinua a parosismi quotidiani, la secrezione esagerata di acido cloridrico si produce sotto l'influenza dei pasti, specialmente dei più abbondanti, quali il pranzo. Il dolore si mostra tre, quattro o cinque ore dopo l'ingestione dei cibi, allorche l'acido cloridrico secregato in eccesso, non è più saturato dalle sostanze albuminoidi, ne diluito dai liquidi introdotti nello stomaco. Talvolta sopraggiungono vomiti, che mettono fine alla crisi.

In queste condizioni, conviene eliminare dall'alimentazione tutti gli elementi di irritazione fisica o chimica, indicazione che, del resto, è comune a tutti i casi di ipersecrezione cloridr'ca. Ciò basta, molte volte, per far scomparire i parosismi dolorosi. In caso contrario, è necessario amministrare gli alcalini, in dose appena sufficiente per calmare i dolori: è inutile sorpassare questa micura.

La mucosa gastrica, iperestesica per l'acido cloridrico a cagione della gastrite o della neuropatria da cui l'infermo è affetto, è il migliore reattivo in queste condizioni. Gli alcalini devono prendersi nel momento in cui il dolore comincia a farsi sentire.

In alcuni neuropatici, gli alcalini non bastano, ed è allora necessario di ricorrere ai narcotici, quali l'oppio, la morfina, la cocaina, la canape indiana, ecc. Però, sempre che è possibile, bisognerà dare la preferenza a meszi più innocui, cioè alle applicazioni calde, ai bagni o alle doccie calde.

Nella malattia di Reichmann, cioè nell'ipersecrezione continua con stasi, si è creduto dapprima che l'ipersecrezione fosse sempre il fatto primitivo, provocante in modo secondario, l'atonia dello stomaco e la stasi. Attualmente si tende a credere, che l'iperacidità provochi l'occlusione spasmodica del piloro, e determini per tal modo la stasi.

 Recentemente è stata sollevata la questione, se l'ipersecrezione primitiva esista realmente. Molti fatti osservati da Rosenheim, da Boas e dall'autore, dimostrano che spesse volte, facendo cessar e la stasi, si sopprime al tempo stesso l'ipersecrezione; ciò si constata specialmente dopo la gastro-enterostomia.

L'ipersecrezione primitiva, è certamente più rara di quel che si era prima creduto, e molte volte, quando esiste la sindrome di Reichmann, si ha un restringimento organico del piloro.

L'ipersecrezione continua, con stasi, per spasmo del piloro ed insufficienza motrice dello stomaco, senza atenosi meccanica dell'orifizio pilorico, sarà combattuta con messi simili a quelli, che sono stati indicati contro l'ipersecrezione

semplice a parosismi quotidiani.

Nell' ipercloridria con restringimento meccanico del piloro, non basta di ridurre al minimo l'eccitazione alimentare e di saturare con gli alcalini l'eccesso d'acidità; è altresi necessario, in primissima linea, di evacuare ogni giorno, con la sonda, il liquido stagnante. In base alla sua esperienza, l'autore ritiene che, in queste condizioni, non si debba abusare della lavatura dello stomaco, e che sia preferibile l'evacuare ogni giorno il liquido stagnante, ma non eseguire il lavacro dello stomaco che ogni due o tre giorni.

La cura radicale consiste però nel ristabilire la libera comunicazione tra lo stomaco e l'intestino, il che si effettua con la gastro enterostomia.

L'ipersecrezione complicata da ulcera rotonda è un fatto tutt' altro che raro.

L'ulcera occupa spesso il piloro e produce una stenosi di tale orificio.

In altri casi, l'ulcera occupa altre parti dello stomaco, ed allora la stasi può mancare o essere di grado leggiero.

Il sotto itrato di bismuto, che riesce spesso utilissimo ne'l'ipersecrezione con stasi, è specialmente indicato, allorche l'ipersecrezione è complicata da un'ulcera.

Anche cuando non esista l'indicazione fondamentale della gastro-enterostomia, cioè la stasi permanente, l'esistenza d'un'ulcera cronica può talvolta essere indicazione sufficiente per tale operazione: e ciò specialmente quando i dolori sono intollerabili.

Il regime 'atteo e gli alcalini, utilissimi nella cura della maggior parte dei casi d'ipercloridria, hanno ciò non ostante, molti detrattori; il che dipende forse dal fatto, che non sempre questi due mezzi di cura sono bene adoperati.

L'uso del latte contro l'ipercloridria non dev'essere separato, in generale, da quello degli alcalini: questi ultimi correggono l'inconveniente principale del latte, quello cioè di dar luogo alla formazione d'una certa quantità d'acido lattico.

Il latte dev'esser preso con intervalli sufficientemente lunghi, ed in quantità d'un terzo o d'un mezzo litro alla volta. Inoltre, queste quantità di latte dovranno esser bevute a piccoli sorsi, impiegando 15 a 20 minuti per ingerire un terzo o un mezzo litro di latte; e ciò allo scopo di non dar luogo alla formazione d'un unico coagulo grande, ma di tanti coaguli assai più piccoli, i quali, com'è naturale, subiranno

assai più facilmente l'asione del succo gastrico.
Quando, grasie all'uso del latte e degli alcalini, le sofferenze degli infermi sono cessate, s'incomincerà a passare a cibi più nutrienti, cicè
dapprima alle uova ed alle minestre, e poi al
pollo lesso, al pesce magro, anch'esso lessato,
alle purée, ecc.

Quanto agli alcalini, essi devono esser presi appena il dolore s' annunsia; e si consiglierà agli infermi di prenderne solo quanto è necessario, per impedire che l'accesso doloroso si produca effettivamente. Tale precausione è importantissima: essa permette in generale di diminuire progressivamente la dose degli a'calini, giacchè gli infermi, nella maggior parte dei casi, cessano di prenderne, dopo otto o dieci giorni. Un risultato tanto favorevole non può però sperarsi nei casi di restringimento meccanico del piloro. La stenosi è causa allora della persistenza degli accidenti, che sono per lo più ribelli ad ogni cura medica.

Tra gli alcalini, la magnesia usta ha il vancaggio d'essere purgativa e di avere, a peso eguale, un potere di saturazione doppio di quello del bicarbonato di soda. Essa è indicata specialmente, allorchè esiste costipazione.

La creta preparata è preferita dal Debove, perchè essa non si scioglie se non a misura che gli acidi si producono, e perchè essa neutralizza il succe gastrico senza alcalinizzarlo. Questi vantaggi non sono certamente da disprezzarsi. Del resto, si potrà associare la creta preparata alla magnesia, o sostituire l'uno all'altro di questi medicamenti, secondo che vi sarà diarrea o costipazione.

Il cloruro di magnesio e quello di calce, dovrebbero evitarsi, secondo diversi autori, perchè forniti di proprietà tossiche.

Ma le maggiori accuse sono state fatte contro il bicarborato di soda. Si è detto che esso nuoce, perchè svolge una forte quantità d'acido carbonico, e perchè eccita secondariamente la secresione cloridrica, sia alcalinizzando il succo gastrico, sia dando luogo alla produzione di cloruro di sodio.

Malgrado queste accuse, non del tutto infondate, il bicarbonato di soda può an h' esso rendere ottimi servigi, purchè lo si adoperi nel modo sopra accennato, cioè in dosi non superiori a quelle puramente necessarie.

Del resto, il sottonitrato di bismuto, la creta preparata e la magnesia, permettono benissimo di fare a meno del bicarbonato di soda. Potranno anche adoperarsi altri sali di sodio, quali il citrato, il benzoato, il borato, il tartrato. Il salicilato di sodio sarebbe, secondo recenti ricerche, il migliore agente per restringere le fermentazioni gassose che accompagnano, in non pochi casi, l'ipercloridria (Journal des Braticiens, 6 febbraio 1897).

Loddo

NOTIZIE

UNIVERSITÀ ITALIANE

Università di Belegna

Roncati cav. Francesco, prof. ordinario di igiene, è confermato per un triennio nell'ufficio di preside della facoltà di medicina e chirurgia.

Università di Cagliari

Zanda comm. Luigi, già prof. ordinario di ana. tomia patologica. Gli è conferito il titolo di prof. emerito con tutti gli onori e diritti a tale titolo inerenti-Morpurgo dott. Benedet to, è nominato per un anno prof. straordinario di patologia generale e direttore del relativo gabinetto.

Università di Medena

Fusari dott. Romeo, prof. straordinario di anatomia umana normale microscopica nella Università di Bologna, è nominato per un anno prof. straordinario di anatomia umana e direttore del relativo gabinetto.

Università di Palerme

E' accettata la rinuncia dall'ufficio di assistenti presso la clinica medica di: Milasso dott. Luigi, e Vaiana dott. Giuseppe.

Università di Pavia

Sormani dott. Giuseppe, prof. ordinario di igiene, è confermato per un triennio nell'ufficio di preside della facoltà di medicina e chirurgia.

Università di Roma

Sciamanna dott. Esio, prof. straordinario di neuropatologia, è nominato per un anuo prof. straordinario di psichiatria e clinica psichiatria e direttore della relativa clinica.

Mingassini dott. Giovanni, è incaricato per un anno dell'insegnamento della neuropatologia.

Università di Siena

Accorimboni dott. Silvio, è nominato aiuto presso il gabinetto di anatomia comparata e zoologia. Ricci dott. Arnaldo, è accettata la di lui rinuncia dall'ufficio di aiuto presso il gabinetto di anatomia comparata.

Anselmi dott. Ernesto, è accettata la di lui rinuncia dall'ufficio di aiuto presso il gabinetto di fisiologia.

Università di Catania

Calandruccio dott. Salvatore, è incaricato per un anno dell'insegnamento della zoologia, anatomia e fisiologia compata.

Università di Mossina

Cammareri dott. Vincenso, assistente presso il gabinetto di fisiologia, è collocato a riposo,

Università di Napeli

Ci ma dott. Francesco, è accettata la di lui rinuncia da assistente presso la clinica pediatrica.

Libera decenza

Martinetti dott. Carlo, è abilitato per titoli alla libera docenza in clinica psichiatricapresso l'università di Torino.

Gura antirabioa — Istruzioni di mass Ima — Compotonza di speso.

Circolare del Ministero dell' Interno (Direzione generale dell'Amministrazione civile) 8 febbraio 1897, n. 25100,10, ai Prefetti.

Per le molteplici controversie, cui diede luogo la competenza passiva delle spese di cura antirabica, il ministero ha creduto opportuno di sentire il parere del consiglio di Stato.

L'autorevole consesso ha opinato:

- « Diverse sono le conseguenze di legge e quindi le competenze passive, secondo la natura delle spese che un caso di morsicatura o di idrofobia può proporre;
- « Se trattasi di cura da prestare ad una persona o a più persone morsicate, nelle quali si voglia prevenire il futuro sviluppo della rabbia o guarire la rabbia stessa già sviluppata, il caso fino a legge speciale non può essere considerato che secondo le norme della legge 17 luglio 1890, coordinata col titolo IV della legge 22 decembre 1888 sulla pubblica sanità.
- « Se trattasi di misure dirette ad evitare pericoli per la salute pubblica, come ricerca ed uccisione di animali sospetti di rabbia, isolamento di persone pure sospette, che non abbiano potuto o voluto essere condotte in qualche stabilimento sanitario, il caso dovrà essere considerato secondo le disposizione della legge 22 decembre 1888 e del regolamento generale 9 ottobre 1889.
- « Nel primo caso, trattasi di provvedere alla cura di ammalati. Sull' indole delle malattie dei ricoverati, la legge non distingue. Dunque le spese necessarie per questa cura non possono subire competense diverse da quelle stabilite, dovranno essere rimborsate o dai privati stessi, se hanno mezzi finanziarii, o dai comuui, salvo rimborsi, dalle Congregazioni di carità, secondo le convenzioni particolari o gli obblighi di domicilio,
- « Nel secondo caso, invece, trattasi di misure che non riguardano gli ammalati o i sospetti di malattia, nell'interesse della loro guarigione, bensi trattasi di provvedere, indipendentemente dagli ammalati stessi, a che nessuna causa concorra a creare o ad estendere nel paese pericoli di malattie infettive. E le competenze passive dovranno regolarsi secondo le esclusive disposizioni dell'articolo 62 della legge 22 decembre 1888, che in questa materia è chiarissima.
- Nè vale opporre che l'articolo 108 del Regolamento 9 ottobre 1889 classifichi la rabbia fra le malattie di carattere infettivo. Ciò giustifica le precauzioni d'indole generale disposte dal regolamento stesso, ma non deroga alle disposizioni della legge 17 luglio 1890, nè alle competenze passive da quelle stabilite. Il tifo, la sifilide, sono malattie di carattere infettivo, anche più certe e pure; allorchè uno di questi ammalati è accolto in uno stabilimento sanitario, le competenze pei rim-

borsi di spesa sono regolate dalla legge 17 luglio 1890.

« Certo, nou si deve però uscire dai limiti delle spese ordinarie e porre a carico dei comuui spese eccessive per trasporti o per metodi di cura. Quando un comune ha fatto trasportare un ammalato al più vicino ospedale, ha compiuto il debito suo, e non può essere tenuto per legge a far trasportare l'ammalato stesso a istituti igienici specialissimi, che possono essere assai lontani dal comune di domicilio o di origine ed importare difficoltà e spese, considerevolissime. I progressi della scienza medica e chirurgica sono da augurarsi costanti e mirabili nell'interesse dell'umanità; ma non deve scaturirne l'illegittima conseguenza che ognuno di questi pregressi debba aumentare indefinitamente il carico finanziario degli enti locali. Se, puta caso, la scienza trovasse domani un rimedio istantanea e sovrano eontro la tisi e questo rimedio esigesse un impianto speciale dell' Istituto a Torino o a Palermo, non si potrebbe dedurne che i comuni fossero obbligati a far tradurre i loro tisici poveri ad una di queste due Città. Le leggi antiche non possono essere interpretate male, a cagione dei progressi scientifici, ma spetta agli Stati provvedere con leggi nuove a bisogni nuovi creati da scoperte dell' ingegno umano.

« Per la cura delle persone, la rabbia non produce competenze passive diverse da quelle che la legge 17 luglio 1890 stabilisce per tutte le altre malattie.

- « Le previdense circa gli animali o circa gli uomini, dirette a salvaguardare paesi contro lo sviluppo della idrofobia, e le competense passive risultano chiare dall'art. 62 della legge e sono quindi a carico dei comuni «nell'ambito del territorio comunale» e a carico dello Stato negli altri casi.
- « Non può entrare come elemento di rimborso a carico dei comuni una istituzione spocialissima di cura, eretta in poche e determinate località; poiché, trattandosi di casi non preveduti e che non potevano essere preveduti dalle leggi attuali, queste non posseno venire forzate ad applicazioni eccessive, in danno dei contribuenti locali ».

Da questo parere, cui il Ministero intende attenersi, risulta chiaramente che, circoscritto l'obbligo dello Stato alle misure d'ordine generale, non si può far risalire ad esso il carico delle spese di cura dei singoli individui sospetti di idrofobia.

E giova soggiungere che non può essere contro il Governo addotta la decisione della Sezione quarta, sulla quale si fondano le spese di rimborso presentate da molti comuni, perchè quel pronunziato non può fare testo pel caso deciso.

Conseguentemente si raccomanda alle SS. LL. di evitare, in primo luogo, di autorissare e tanto meno di disporre l' invio di malati a luoghi speciali di cura, e di avvertire poi i signori sindaci, che, circoscritto lo obbligo dei comuni nei limiti sopra indicati, ogni maggiore spesa costituisce un atto di beneficenza, che non dà luogo ad azione di rivalsa verso lo Stato.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC:ARONE

Scamano. — 1. Biviste generali. L'edema angio-neurotico. — 2. Lavori originali. Istituto di Clinica chirurgica della B. Università di Roma, diretto dal prof. F. Durante.—Ricerche microbiologiche sopra un tunore addominale del dott. D. B. Boncali, coadiutore alla cattedra di patologia speciale chirurgicadimostrativa.—8. Rivista di Cliniche. Clinica medica dello ospedale Beaujon (dott. Chrètien). L'Asistolia epatica. — 4. Casuistica. — 5. Rassegna della stampa. — 6. Notinie.

RIVISTE GENERALI

والمستوال والمراوات والمستوال والمستوال والمستوارات

L'edema angio-neurotico

Questa condisione morbosa non trovasi descritta negli autori antichi, ma negli ultimi quindici anni essa è stata oggetto di accurati studii, da parte di Quincke, Milton, Osler, Graham, Fleischer, Biehl, Collis, Lovett ed altri.

L'edema angioneurotico è stato indicato, dai varii autori che se ne sono occupati, con nomi diversissimi, quali son quelli di edema transitorio localizzato, edema sottocutaneo acuto, edema cutaneo acuto eircoscritto, edema cutaneo fugace, edema acuto idiopatico, edema serpeggiante, tumori cutanei congestivi efimeri, edema periodico acuto, orticaria tuberosa, orticaria gigante; edema acuto essenziale, edema acuto non flogistico, edema vaso-motorio, ecc.

L'affesione è caratterissata dalla comparsa di una o parecchie tumefazioni edematose circoscritte, di grandessa variabile, in parti qualunque del corpo, con o sensa la concomitanza di sintomi gastrici.

L'edema angioneurotico occorre del pari negli uomini e nelle donne, in tutte le età, in tutte le stagioni, in tutti i paesi. Quanto all'età, la maggiore frequenza dell'affezione si osserva dai 15 ai 40 anni, quantunque anche i bambini di pochi mesi ed i vecchi decrepiti possano ugualmente andarvi soggetti.

Trattandosi d'un disordine d'origine nervosa, si è disposti a pensare che esso sia più frequente nelle donne, che non negli uomini. Tuttavia R upert Norton (New-York Medical Journal, n. 948), il quale, al riguardo, ha tenuto conto delle cifre date da tutti gli autori che si sono occupati dell'argomento, tanto in Europa quanto in America, ritiene che la frequenza sia pressochè uguale nei due sessi.

Secondo Ballenger, sono cause predispo- o nella lingua.

nenti, l'eredità, le nevresi generali (isterismo, epilessia, neurastenia) la cattiva salute, l'eccesso di lavoro fisico o mentale, la debolezza conseguente a gravi malattie, la pubertà, l'età climaterica. Tra le cause determinanti, egli annovera l'azione del freddo, i traumi, la paura ed altre gravi emozioni, la masturbasione, l'use di certi alimenti, quali le fragole, i frutti di mare, ecc., in persone nelle quali esiste al riguardo un' idiosinorasia, gli agenti tossici (alcool, tabacco, ecc.) e le autointossicazioni. Il disordine può anche essere di origine riflessa ed avere il suo punto di partenza in affezioni dell'orecchio, dell'utero, dei reni. Alcuni hanno considerato come un elemento etiolegice anche la stitichezza. Quanto al freddo, è stato notato che esso provoca talvolta il primo apparire del maie, il quale, però, può in seguito recidi**vare senza speciali ca**use, e mostrarsi in parti del corpo diverse da quelle primitivamente affette.

La predisposizione ereditaria sembra avere una importanza grandissima, almeno in un gran mumero di casi. Strābing ritiene che l'affesione in discorso possa trasmettersi ereditariamente come qualunque altra nevrosi. Os ler riferisce un caso, nel quale l'edema angio-neurotico si mostrò in cinque successive generazioni.

Le tumefasioni edematose pessono costituire: l'unico sintoma dell'affesione; ma per lo più si notano pure altri fenomeni morbosi, specialmente riferibili al tubo digerente: nausea, o anche obnubilamento del sensorio, vomito, dolbri colici, diarrea.

Gli edemi pessono essere limitatissimi ed avere forma di pomfi, simili a quelli dell'erticaria. Nei casi in cui esiste prurito, può talvola riuscir difficile il dire se l'affenione debba denominarsi orticaria o edema angio-neurotico. Ritorneremo in seguito su questo punto.

Altre volte gli edemi sono sottoentanei, ed hanno estensione variabilissima, potende anche estendersi ad un intiero braccio, a tutta una gamba,
e persino, in casi molto eccesionali, a tutto quanto
il corpo. L'affezione, oltreché la cute s il connettivo sottocutaneo di qualunque regione dell'organismo, può pure colpire la mucosa e sotto-mucosa erale, la lingua, l'ugola, la faringe, secendo
alcuni anche lo stomaco, l'intestino, il polmone e
persino il cervello. Sedi di predilezione sono specialmente le palpebre, le guance, le labbra, la
lingua, gli organi genitali. L'affezione è spesso unilaterale, anche quando si manifesta nelle labbra
o nella lingua.

L'edema non si accompagna mai a fatti flogistici locali: le parti ammalate non sono più calde delle circostanti. Quando si hanno pomfi, questi presentano dapprima un colore rosso-vivo, il quale diventa ben presto giallastro o del tutto bianco. Ma in generale le parti edematose hanno un colore normale. Spesso la comparsa degli edemi è preceduta da leggiero intormentimento, rossore e senso di calore; ma dopo prodettasi la tumefasione, la parte non? è dolente, nè rossa, nè calda: essa, però, può esser sede di molestissimo prurito.

La temperatura del corpo ed il polso, restano per lo più inalterati, ma eccezionalmente può aversi un rialso della temperatura sino a 88º-89°,5 ed un aumento della frequenza del polso.

Le tumefazioni sono dure, e la pressione del dito non lascia in esse un'impressione, o solo leggerisssima.

In certi casi, gli edemi si producono ad intervalli di tempo regolarissimi. Nel notissimo caso di Matas, essi si mostravano ogni giorno, alla stess'ora. Gervaert riferisce il caso d'un bambino di tre anni, affetto da tosse convulsiva, nel quale gli edemi apparivano ogni giorno alla stessa ora, e ciò sino a che il bambino guari della pertosse. Anche Henoch ha riferito casi simili. Le tumefazioni abitualmente si mostrano all'improvviso, e scompaiono del pari all' improvviso dopo poche ore, ma possono anche persistere per giorni e settimane. L'affesione è assai spesso recidivante. In certi casi l'edema scompare in una parte del corpo per mostrarsi in un'altra, ed il pasiente non è mai intieramente libero da edemi. Talvolta vengono affette successivamente parti tra loro contigue, il che ha dato luogo alle denominazioni di «edema serpeggiante» ed «orticaria serpeggiante ». Diverse parti del corpo possono essere colpite al tempo stesso.

Quando l'edemasi mostra in corrispondensa d'una articolasione, può aversi leggiero versamento nella cavità articolare; e siccome questa forma è per lo più accompagnata da dolore, essa è stata ritenuta d'origine reumatica, e la si è denominata « edema reumatico » .

L'affezione di cui discorriamo, può durare anche per anni, ed essere talvolta di tale gravezza da minacciare la vita o da impedire all'individuo di accudire liberamente alle sue faccende. La lingua, la faringe, la laringe, possono tumefarsi in grado tale da creare serii ostacoli non solo alla alimentazione, ma anche alla respirazione, rendendo talora necessaria la trachectomia. In due

casi riferiti da M e t t l e r, si ebbe morte per edema della glottide.

La comparsa degli edemi può aver luogo mentre l'individuo si trova in piena salute, e sansa esser preceduta da alcun sintoma. Altre volte la affezione è preceduta ed accompagnata da depressione e sonnolensa, oppure, la sua comparsa è annunziata da brividi. Gli individui che presentano la malattia in discorso, sono talvolta immuni da ogni altra affesione; altre volte sono isterici, neurastenici, artritici, tubercolotici. Specialmente in questi ultimi infermi, è probabile non esista alcun rapporto causale tra le due affezioni, ma si tratti d'una pura e semplice coincidensa.

Sono stati riferiti certi casi, che meritano di essere accennati, per lo speciale interesse che presentano. In uno di essi , il labbro inferiore era talmente tumefatto che l'individuo nnn poteva punto aprire la bocca, e bisognava per ciò nutrirlo con cibi liquidi, versati entro il cavo orale dall'alto-Altri individui presentano tale tumefasione delle dita, da essere impossibilitati a aprire la mano. Quando gli edemi occupano le palpebre, possono rendere del tutto impossibile d'aprire gli occhi, talvolta per molti giorni o molte settimane. In un caso occorso all'Hôtel-Dieu, in Parigi, gli edemi delle palpebre si ripeterono per anni, a brevissimi intervalli di tempo, cagionando all'infermo, come ben s'intende, enormi molestie; ne si potè scovrire alcuna causa, che potesse spiegare tale persistenza del male. Le congluntive possono essere anch' esse molto tumefatte. Gli edemi del viso e della testa, in certi casi, deturpano notevolmente l'aspetto dell'individuo.

Evans riferi il caso d'una donna, nella quale in ogni puerperio, producevansi costantemente estesissimi edemi, accompagnati da sintomi di collasso. La paziente presentava una leggera ipertrofia della tiroide. Il cuore ed i reni erano sani.

In certi casi, come già accennammo, l'affezicne si accompagna a grave diarrea, e taivolta, come in un'osservazione di Fitzgerald, gli edemi diventano assai più gravi ed imponenti, dopoche, con l'uso degli antidiarroici, si ottiene la cessazione del flusso intestinale.

Dopo la scomparsa degli edemi, il tratto di pelle su cui essi si sono mostrati, resta per lo più normale; altre volte, invece, diventa sede di desquamazione epidermica. In un caso di R u se el, dopo la completa cessazione d'un edema della regione ascellare, si produsse in questa, dopo alcuni gierni, un assesso, che dovette essere inciso,

Iu rari casi si è osservato, sulla parte edematosa lo sviluppo di piccole pustole.

L'escresione dell'urina è spesso diminuita durante gli attacchi (Strübing) e può anche aversi una leggiera albuminuria. In rari casi può anche aversi emoglobinuria. Küssner, in un caso osservò ematuria, broncorragia ed emorragia gengivalo: tutti gli organi interni erano sani.

Nei casi in cui gli edemi angio-neurotici sono accompagnati da emoglobinuria e sono provocati dall'azione del freddo, potrà talvolta esser difficile il dire, se l'affezione debba piuttoeto chiamarsi edema angio-neurotico o emoglobinuria parosistica. Forse esiste, tra le due affezioni, un intimo nesso, che ulteriori studi riveleranno.

Quando gli edemi angio-neurotici si accompagnano a dolore nelle giunture e a sintomi gastrointestinali, potrà riuscir talora malagevole una distinsione dalla porpora o peliosi reumatica, giacchè, in quest'ultima malattia, l'eruzione cutanea è spesso atipica ed ha molta somiglianza con gli edemi angio-neurotici multipli, quali si presentano in molti easi.

Quanto agli edemi, che in molte donne, si verificano nei periodi mestruali o nel climaterio, essi non differiscono in nulla dagli edemi angioneurotici, e per ciò non è punto il caso di separarli da questi, come da alcuni vorrebbe farsi-

E' dubbio, se debba farsi una distinzione tra gli edemi angio-neurotici comuni e gli « edemi isterici . , così ben descritti dallo Charcot. In ultimi, la pelle presenta generalmente un color rosso-vivo, è liscia e splendente; l'area edematosa è dura, più calda delle parti sane, e la pressione del dito non lascia in essa alcun infossamento. Difficilmente l'edema isterico si presenta al tempo stesso in diverse parti del corpo, e la area affetta è, in generale, più estesa di quel che soglia essere nella maggior parte degli edemi angio neurotici. L'edema isterico può persino presentarsi come un anasarca generalizzato; ma un tal fatto può anch'esso verificarsi in casi di edema angio-neurotico, nei quali non si hanno evidenti sintomi di isterismo (aree di anestegia, di iperes esia, paralisi, disordini trofici, diminuita eccitabilità elettrica dei muscoli, ecc.). Nell'edema isterico, le parti colpite possono assumere speciali colorazioni, per cui sono stati distinti l'edema bianco, l'assurro, il rosso ed il variegato.

Quando l'edema angio-neurotico colpisce soltanto gli organi genitali, occorre distinguerlo dall' « edema duro sifilitico », specialmente studiato dal Pinger. Questo edema è indolente, molto duro,

di color bruno-rossastro, accompagnato dalla caratteristica poliadenopatia inguinale, non nettamente circoscritto, non associato a febbre, e preceduto, come ben s'intende, dalla lesione iniziale della sifilide. Esso può essere uno dei più precoci sintomi secondari, ed è quasi sempre di breve durata.

Quando l'edema angio-neurotico si accompagna a prurito, è spesso impossibile ogni distinzione dall'orticaria. Molti autori, del resto, considerano de due affesioni come aventi un'identica natura. La descrizione che dà dell'orticaria il C r o c ker, nel suo trattato di dermatologia, può applicarsi benissimo anche all'edema angio-neurotico.

La sola differenza reale che può farsi tra le due affesioni, consiste nel fatto, che l'edema angio-neurotico non sempre si accompagna a prurito. Milton, che descrisse diversi casi di edema angio-neurotico con intenso prurito, diede all'affesione il nome di « orticaria gigante ».

Quanto agli edemi dipendenti da cardiopatie, nefropatie o da una qualunque condisione anemica, un accurato esame del caso potrà sempre far riconoscere chiaramente la vera natura dell' edema.

Forse la diagnosi potrà, per un certo tempo, restar dubbia, in casi, nei quali l'edema dipende dalla pressione esercitata da un tumore. Ma l'ulteriore decorso dell'affesione farà sempre riconoscere la causa vera dell'edema.

E' possibile, che gli edemi consecutivi a nevralgie o a paralisi, non differiscano, quanto alla loro intima natura, dagli edemi angio-neurotici: tuttavia, nella pratica, non si dovranno confondere insieme queste due categoria d' edema.

Quanto alia prognosi, questa è favorevole quocad sciam, a parte le riserve che potrebbero derivare da speciali localizzazioni dell' edema (laringe, ecc.). Ma quanto ad una guarígione definitiva, la prognosi è abbastanza sfavorevole, giacchè le recidive sono frequentissime, anzi di regola. Ogni attacco può esser l'ultimo o, al contrario, può esser seguito da sempre nuovi attacchi, per un tempo lunghissimo, talvolta per tutta la vita. In certi casi, un'affesione intercorrente, quale il morbillo, la polmonite, ecc., sembra aver prodotto la guarigione della malattia in discorso.

La terapia può fare qualche cosa, ma non molto.

Anzitutto, occorre curare ogni eventuale malattia locale o generale, nervosa o discrasica, presentata dall'individuo. Fortificare l'organismo e far cessare ogni disordine per caso esistente (morbi uterini, gastrici, ecc.), è la prima indicasione, nella eura di questa malattia. Inoltre l'individuo dovrà evitare tutte quelle cause, che possono in lui provocare l'apparire degli edemi (lo esporsi al freddo, l'uso di certi cibi, il tabacco, gli alcoolici, ecc.).

Contro gli edemi in atto, sono stati tentati, con risultato per lo più molto scarso o del tutto nullo, unzioni, lozioni, bagni, elettricità, massaggio, ecc. Quando il prurito è melto molesto, lo si combatterà coi rimedii generalmente in uso: esso, del resto, scompare insieme con gli edemi, e in molti casi è sopportabilissimo.

Nulla abbiamo detto sulla patogenesi di quest' affezione; ma su tal punto v' è ben poco da dire, quantunque moltissimo si sia scritte al riguardo. Nessuno mette in dubbio, che l'affesione dipende, essensialmente da un disturbo vasomotorio. Non sappiamo però se si tratti d'una paralisi dei nervi vaso-costrittori o d'un'irritazione dei vaso dilatatori, e inoltre ci è assolutamente impossibile di spiegare, in modo soddisfacente, le innumerevoli differense che si notano in questa melattia, quanto a sede, estensione, sintomi, decorso, ecc.

La patogenesi degli edemi angio-neurotici è altrettanto oscura quanto quella dell' isterismo, con la quale affezione essi hanno forse, almeno in certi casi, rapporti molto intimi.

Loddo

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA, diretto dal prof. F. DURANTE. — RICERCHE MICROBIOLOGICHE SOPRA UN TUMORE ADDOMINALE, pel dott. D. B. RONGALI, coadiutore alla Cattedra di patologia speciale chirurgica dimost rativa.

Т

Proseguendo i tentativi di isolamento dei blastomiceti dai neoplasmi dell'uomo, mi è capitato di ottenere una forma di fermento, la quale, come dirò, non manca di un certo interesse; fermento che io pervenni ad avere in coltura pura da un caso di tumore maligno os servato nella Clinica chirurgica del mie maestro prof. Durante. Si trattava di una donna affetta da adeno-carcinoma primitivo del colon trasverso e discendente, e diffuso al grande omento e al mesentere.

Non parlerò in questa nota, della notevole

importanza clinica del caso e dell'atto operativo, straordinariamente ardito, compiuto dal professor Durante, perchè ciò farò in una prossima memoria sull'argomento, ma dirò in questo luogo qualche cosa del reperto microscopico e microbiologico, che mi paiono, specialmente l'ultimo, non privi di una certa importanza. Estratto che fu il neoplasma dell'omento e del mesentere dalla cavità peritoneale, unitamente a circa 35 centimetri di celon resecato, sul quale dalla parte della macosa esistevano altri due tumori, vennero avvolti nella garza al sublimato e portati in laboratorio per le ricerche opportune. Il tumore dell'omento e del mesentere venne diviso in tre parti; la prima per l'osservasione a fresco, la seconda per l'esame istelogico e la terza per le colture. Coi tumori del colon non ho tentato alcuna ricerca microbiologica; stantechè, anche riuscendo ad un risultato positivo non avrei mai potuto asserire che i fermenti ivi riscontrati provenissero realmente da quelli che esistewano sui tessuti neoplastici e non da quelli, che con grande probabilità, esistevano sull' intestino. Ciò premesso dirò brevemente dei risultati conseguiti da queste ricerche.

II.

Raschiando con un coltello arroventato la superficie di taglio del tumore del grande omento e del mesentere, ovvero quella di uno dei tumori del colon il succo ottenuto guardato al microscopio mi fece notare questi fatti:

1.º Masse rotonde, od ovali, o di forma irregolare, di varia dimensione, da quella di un leucocito a quella di una cellula gigante, con rifrangenza simile a quella del vetro percorso in tutti i sensi da solchi, disposti o a rete, o a giri concentrici, ora regolari ora irregolari, o a raggi che dal centro sono diretti alla periferia, ora retti, ora sinuosi. Molti di questi corpi rifrangenti, avevano aderenti alla periferia uno, due o tre corpicciuoli, rotondi, anche essi rifrangenti; ad altri dal loro corpo si spiccava come un ifo, talvolta ramificato, pure rinfrangente; vari di questi corpi avevano una forma perfettamente rotonda, nel cui centro esistevano granulini neri; e vari altri finalmente erano corpi rotondi molto rifrangenti, risultanti da uno, due, tre o quattro cerchi concentrici di eguale spessore e portanti nel loro centro granuli neri. In breve, l'aspetto di queste masse rifrangenti la luce, in questi tumori, è notevolmente vario,

2.º Accanto a questi corpi straordinariamente numerosi, esistevano elementi perfettamente sferici od ovali della dimensione di un corpuscolo rosso, formati : alcuni di capsula a doppio contorno, ialina, con uno o più aloni rifrangenti e con protoplasma omogeneo; altri di capsula ialina e con protoplasma omogeneo, nel cui centro vi erano uno o più granuli rifrangenti; altri aforniti di capsula affatto; altri finalmente dotati di capsula sottilissima e di protoplasma posto eccentricamente, tangenti alla capsula. Parecchie di queste forme avevano, aderenti al loro corpo, una o più gemme.

8.º Oltre alle forme descritte, l'esame microscopico a secco, ha rivelato la esistenza di numerose cellule di aspetto epiteliale, di forma cilindrica, a protoplasma granuloso e con grosso nucleo, nonchè di cellule fusiformi fornite anche esse di grosso nucleo che hanno l'apparenza di elementi sarcomatosi e numerosissimi leucociti e corpuscoli rossi del sangue.

Il succo preso dalla superficie di taglio dei tumori contenuti sul colon, al microscopio si è rivelato della stessa composizione; però qui i corpi sferioi di natura parasitaria e le masse fortemente rifrangenti erano più numerosi che sul tumore del mesentere e dell'omento. Dopo questo esame a fresco del succo, praticai dello stesso, un altro esame, colorando il preparato (dopo asciugato sul vetrino coprogetto) col liquido di Ziehle con quello di Ehrlich, come si usa per le comuni colorazioni batteriche ed ho osservato: numerosi blastomiceti isolati o raggruppati, in massima parte rotondi, muniti alcuni di capsula rifrangente e di protoplasma omogeneo che era tinto in rosso o in violetto a seconda che il preparato era stato colorato con la fucsina carbolica o col violetto di genziana. Inoltre, vidi che le masse rifrangenti non assumevano colorazione alcuna. Feci allora un'altra ricerca; presi, un frammento del tumore del mesentere e dell'omento, della dimensione di circa cinque centimetri quadrati e lo chiusi in una capsula di Petri sterilizzata, che tenni 56 ore nel termostato a 87°C. Al 4º giorno presi del succo di questo frammento e lo sottoposi all'osservazione microscopica e vidi: que i blastomiceti non degenerati erano notevolmente aumentati in numero e molti di essi avevano gemmule attaccate al loro corpo, erano cioè in evidente fase di moltiplicazione. Questi fatti più nettamente constatai colorando il succo nel modo innanzi accennato.

Assicuratomi così della natura parasitaria di

questi corpi, pensai di vedere se le masse vitres erano la risultanza di blastomiceti depurati.

La loro analogia con le masse prodotte dal Saccharomyces lithogenes del Sanfelice e con quelle del *Blastomyces vitro-simile depurans* sui tessuti degli animali di esperimento, mi aveva quasi assicurato della loro natura parasitaria; ciononpertanto però, ho stimato non inutile cosa, per corroborare il mio pensiero, di ricorrere alle reasioni chimiche. Queste masse rifrangenti, infatti, alla soluzione di potassa e di soda satura vidi che si mantenevano; che con la soluzione di acido cloridrico ed asotico al 40 o si discioglievano sensa produrre effervescensa e con la soluzione di acido solfidzico al 40 olo, queste masse dopo disciolte lasciavano, nel loro posto, cristalli aghiformi, similissimi a quelli del solfato di calcio. Le stesse reazioni si ottengono sottoponendo agli anzidetti alcali ed acidi le masse che il Saccharomyces lithegenes ed il blastomyces simile vitro depurans producono sui tessuti degli animali dopo essere stati in questi inoculati allo stato di coltura pura. (continua)

RIVISTA DI CLINICHE

Clinica medica dell'ospedale Beaujon (prof. Chrètien) L'asistolia epatica

Sotto il nome di asistolia, B e a u aveva primitivamente designato l'assieme sintomatico che rappresenta l'esito della insufficienza cardiaca e quella fu paragonata all'uremia, ultima espressione della insufficienza renale e ad alcune forme d'ittero, risultanti dall'insufficienza epatica.

Ma ben presto si constato che, se questo rispondeva ad un tipo clinico ben definito, l'interpretazione data era falsa o per lo meno incompleta, poichè la insufficienza cardiaca non è, per così dire, mai isolata ed il quadro completodell'asistolia comprende exiandio la congestione epatica (associata o non ad ittero ed ascite), l'edema renais (con oliguria ed albuminuria) ecc.

In realtà il processo incomincia quasi sempre dal cuore; però si può ritenere che l'asistolia é la risultante dell'alterazione funzionale del cuore, del fegato, dei reni.

Inoltre, se, per la sintomatologia, l'attenzione è maggiormente rivolta a questi 8 sistemi, bisogna pur riconoscere che vi sono, in seconda linea, disturbi da parte del polmone, dello encefalo, del tubo digerente, della circolazione periferica, ecc.

Se, dunque, si guarda la questione dal punto di vista della fisiologia patologica e si cerca l'elemento primordiale che collega tutti questi fatti cardiaci, renali, epatici, polmonari, cerebrali, ecc., si constata che si tratta di modifiche gravi della circolazione, con stasi venosa localizzata.

Quest'ultima proviene non solo dall' indebolimento della fibra cardiaca, ma anche dalla scomparsa della tonicità di tutto il sistema delle fibre muscolari lisce che ha tanta parte nella struttura di tutto l'albero vascolare.

Per questo appunto, R l g a l proponeva, che, a maggiore esattezza, l'espressione «asistolia» fosse sostituita da quella «di astenia cardio-vascolare».

Forse sarebbe stato più razionale ancora di dirla astenia vascolare semplicemente, poichè v'ha casi in cui il cuore pare resti assolutamenta estraneo alla sintomatologia asistolica.

Questa si limita allora a pochi fenomeni accennanti ad un disturbo più o meno grave del circolo, in uno dei principali visceri che sono ordinariamente colpiti in questa sindrome.

Così fu che si creò la denominazione di asistolie locali, termine molto esatto, a condizione però di ricordarsi bene ciò che si intende per asistolia, cioè: non solo indebolimento delle contrazioni del miocardio, ma la scomparsa della tonicità vascolare e la stasi sanguigna che ne risulta.

- A questa condizione è permesso di designare sotto il nome di asistolia locale i disturbi circolatori che accadono in un tale o tal'altro viscere con i sintomi che possono venirne.

In prima linea, fra queste asistolie locali, va l'asistolia epatica descritta da Hanot, e dai suoi allievi Parmentier, Dumont, Oppenot, ecc.

Mentre nelle ordinarie asistolie i sintomi epatici appariscono dopo un certo tempo, sensa prendere d'emblès una peculiare importanza, in questa forma localizzata, l'infermo, come dice H an o t è asistolico « pel suo fegato ».

Talvolta i sintomi epatici mascherano, con la loro intensità, quelli cardiaci, ma in certi casi questi ultimi non esistono punto e solo alla 2ª o 8ª crisi si appalesano, essendo la cardiopatia rimasta latente al principio della infermità.

Per questo, la maggior parte degli autori che han parlato di asistolia epatica, hanno detto che questa si accompagna sempre ad una lesione cardizca e che l'evoluzione del morbo varia a seessa dei casi; la precedenza, il predominio di un tale o tal'altro gruppo di sintomi, darebbe so-

lamente un carattere particolare al processo, donde le diverse modalità dell'asistolia.

In altre parole, il complesso dei fatti morbosi del sistema cardio-vascolare, epatico, renale, ecc. non sarebbe determinato da una sola malattia, ma la cardiopatia sarebbe l'elemento primordiale, necessario, di tutto il processo, che porterebbe seco le alterazioni (primitivamente funzionali, secondariamente organiche) degli altri sistemi.

L'espressione « fegato cardiaco » é la manifestazione più evidente di questo modo di vedere.

Bisogna riconoscere, che l'evolusione clinica ordinaria dell'asistolia, che le lesioni rinvenute all'autopsia della maggior parte degli asistolici, sembra confermino questa opinione.

Però v' ha casi in cui, con quanta cura vi si metta, è impossibile collegare ad una cardiopatia, per quanto si voglia supporla latente, la sintomatologia presentata dal fegato.

Sembra che in questi casi l'astenia vascolare sia realmente localizzata nel fegato.

Si produce vaso-dilatazione intra-epatica con stasi sanguigna consecutiva e questa stasi non oltrepassa il sistema epatico; pare che essa prediliga il sistema vascolare epatico, poiché tutto l'apparato portale può restare assolutamente integro, come lo prova l'assenza completa di ascite, di edema della parete addominale e di circolazione superficiale complementare.

Non pertanto il fegato acquista dimensioni enormi e ciò può causare un errore diagnostico completo.

Questa congestione epatica si attenua, o da sola, o col soccorso della terapia, senza aver per nulla toccato altri viscerì, qualunque si fosse l'intimità dei loro rapporti vascolari con la circolazione del fegato.

Le due osservazioni che seguono, sono un esempio evidentissimo di questa modalità clinica.

Nel primo caso si trattava di una donna cinquantenne, con anamnesi di nessuna importanza.

Entrò al Beaujon a causa di oppressione di cui soffriva da alcune settimane.

La donna, molto magra, accusava disturbi dispeptici; non v'era itterizia.

All'esame si constatò che l'addome era tumefatto ed il palpamento fece rilevare notevole ipertrofia.

Il fegato oltrepassava col suo margine inferiore per 4-5 dita trasverse l'arcata costale. Reco era ingrossato, duro, non dolente; superficie liscia, margini regolari. Milsa normale; non ascite nè circolazione superficiale complementare.

Urine scarse, molto colorate, sensa deposito, sensa pigmenti biliari.

Cuore normale; non vi ha dilatasione delle cavità; ritmo regolare; vene cervicali non dilatate.

All'ascoltazione, non soffio vascolare. Polmoni normali.

In presensa di questa sintomatologia, fu fatta diagnosi di ciste idatidea del fegato; però la puntura esploratrice fu negativa; essa diede appena uscita a poco sangue.

Allora Oulmont prescrisse alla donna 20 ctgr. di foglie di digitale (in macerazione) pro-dic.

Sotto l'influenza di questa cura, le urine divennero più abbondanti e meno scure; contemporaneamente il fegato andò diminuendo di volume ed in 8 giorni ritornò alle dimensioni normali. L'inferma abbandonò l'ospedale guarita.

Nel 2º caso si trattava anche di una donna di 58 anni.

Essa fu ricoverata al Laennec con una congestione epatica tanto considerevole che simulava un tumore intraddominale.

A far nascere il dubbio concorreva anche la posizione, la forma, l'irregolarità dei margini epatici.

L'esame accurato degli altri visceri dimostrò che non esisteva punto cardiopatia od altre lesioni organiche.

L'evoluzione della malattia, la sintomatologia permettevano di eliminare l'idea di uua cirrosi ipertrofica, di cancro, ecc.; rimaneva solo quella di una ciste idatidea.

Oulmont, ricordandosi però del caso occorsogli altra volta (più su riportato) e dei risultati ottenuti dalla digitale, sottopose la donna alla stessa cura della precedente.

Ebbene, i risultati furono addirittura maravigliosi. In soli 2 giorni, il fagato erasi ridotto di molto ed a capo di 6 giorni, ogni tumefazione era scomparsa.

Al 10° giorno la percussione dava timpanismo completo in tutt'i punti ove prima si otteneva l'ottusità.

Durante questo tempo le urine ritornarono a poco a poco alla normale; non mai si trovò in esse pigmento biliare.

L'esame quotidiano del cuore non permise mai di notare il minimo disturbo funzionale od organico.

L'inferma lasciò l'ospedale guarita.

L'evoluzione della malattia, l'insieme dei sin-

temi, sembrano provare all'evidenza che si trattava di una semplice ipertrofia epatica, puramente congestiva, apparentemente indipendente da qualsiasi altra lesione.

Come spiegare l'influenza della digitale tanto attiva nella lesione in parola?

Alcuni risponderanno che l'asistolia epatica era sostenuta da una cardiopatia latente e quindi il rimedio ha avuto asione indirettamente sul fegato.

Sembra però che si dia troppo peso alla cardiopatia nella genesi dell'epato-asistolia; sensa negare che una cardiopatia (sopratutto poi una miocardite in via di evolusione) possa restare latente per un tempo pià o meno lungo fino a che una influenza, variabile a seconda i casi, venga ad aggravare il lavoro del cuore ed a fare manifesta la sintomatologia cardiaca, io credo che l'asistolia epatica possa in certi casi, sussistere da sola, per suo proprio conto, indipendentemente da ogni cardiopatia (miocardica o valvulare) e che, se si vedono in un dato momento apparire disturbi funzionali da parte del cuore, questi sieno, non la causa, ma la conseguenza dell'epatopatia.

Infatti, l'assieme sintomatico che noi abbiamo osservato è quello di una congestione epatica che determinò una intensa, ma passeggiera ipertrofia di quest'organo.

A questa congestione esclusivamente epatica, possono riconoscersi cause predisponenti e determinanti.

Per cause predisponenti io intendo quelle che influiscono durante la vita dell'individuo sa tutti o parte dei differenti elementi costitutivi del fegato, cioè: sistema vascolare e stroma connettivale; cellule epatiche, canalicoli e canali biliari; innervazione.

Io non intendo qui ricordare l'asione che ha il fegato nelle diverse infezioni ed intossicazioni ed, inversamente, i disturbi funzionali ed organici che questi possono, a lungo andare, causare nel sistema epatico.

E' un fatto ammesso da tutti che una lesione epatica si stabilisce a preferenza in individui in cui il fegato fu già anteriormente alterato da infesioni, traumi, alcoolismo, discrasie, ecc.

Bendu, studiando gli accessi convulsivi del fegato che si osservano nei cardiopatici, aveva già detto che « pur riconoscendo le leggi di fisica generale che presiedono ai fenomeni morbosi, bisogna tener conto delle predisposizioni organiche individuali e vedere nello stato congestivo del

fegato, la risultante d'un complesso di svariate influenze » fra le quali generalmente si citano la dispepsia cronica, l'alcoolismo, le malattie infettive, la gravidanza, l'allattamento, la gotta, la litiasi biliare.

Finalmente Oppenot aggiunge a tutte queste cause predisponenti un'altra, di spettanza anatemica, che consiste in una speciale disposizione di anastomosi e di calibro tra le vene sopra-spatiche e la cava inferiore.

· Quale fra queste cause può essere invocata mell'ultimo caso sopra esposto?

La cellula epatica era integra (e lo dimostravano le fecce e l'urina), quindi non rimane che selo un processo vascolare, processo che, per giunta, doveva essere funzionale, che non si potrebbe diversamente spiegare la scomparsa di tutti i sintomi patologici.

Non potendo incolparsi una infexione o l'alcoolismo, tutto al più, si potrebbe ritenere che le ripetute gravidanze, la miseria fisiologica, una senilità prococe, un certo grado di arterio-aderosi, abbiano indotto lo stato congestivo del fegato.

Non è raro infatti il vedere le lesioni vascolari localizzarsi quasi esclusivamente in un sol sistema; lo affermano le lesioni repali nei brightici i quali solo più tardi diventano cardio-od epato-patici.

Nella maggior parte di questi infermi, i disturbi funzionali dei cuere in primo tempo sono in relazione con un aumento più o meno notevole della tensione arteriosa, secondariamente poi ad una progressiva diminuzione della tonicità del miocardio, ad un indebolimento della fibra cardiaca che finalmente diventerà un vero stato patologico. Ed allora si può ammettere che possa esistere un indebolimento analogo della tonicità vascolare, localizzato, o almeno predominante, in una sola regione dell'apparato circolatorio.

Ammettendo un certo grado di rilasciamento delle fibre muscolari lisce del sistema vascolare epatico, si comprende come (sotto l'influenza di diverse cause) possano prodursi tali fenomeni vaso-dilatatori, che ne risulti la stasi epatica e poi una grande congestione di quest'organo.

Gli esempi di vaso-dilatazioni locali non sono rari; ora perchè non si può avverare qualqua d'analogo da parte del fegato, il cui sistema di insigazione ha una disposizione tanto particolare?

In tal guisa si spiega tanto il processo morbuso quanto l'.azione terapica rapida ottenuta dalla digitale. Questo farmaco infatti è il tonico per escellenza delle fibre muscolari dell'apparecchio circolatorio, sia che si tratti della fibra striata del miocardio o della fibra liscia delle pareti vasali; si comprende allora che, sotto la sua influenza, i vasi sanguigni del fegato riacquistano la loro tonicità e quindi la appagestione e la stasi acompaiono in breve ora.

In virtu dell'adagio « Naturam morborum ostendunt curationes », gli effetti ottenuti nel caso nostro dalla digitale; vengono in appoggio di questa idea, che cioè si trattò di un disturbo funzionale della fibra liscia delle pareti ,vasali; la digitale in questo caso avrebbe avuto sulle fibre dei vasi sanguigni azione identica a quella che esercita sulla fibra miocardica nella ,astenia del cuore.

Resta a determinare intanto la causa efficiente di questa paralisi vasomotrice, di questa astenia vascolare passeggiera.

Tali cause possono essere multiple.

Bisogna tener conto dell'età della donna e del suo stato di precoce senilità; non è raro veder sopraggiungere nei vecchi, disturbi funzionali da parte di questo o quel viscere senza che si conosca esattamente quale ne fu la causa immediata, efficiente; eppoi, ad una certa età specie esistendo una lesione pregressa renale o cardiaça, è frequente vedersi determinare un'accesso di asistolia senza poter intravedere che cosa bastò per rendere assoluta una insufficienza viscerale che prima poteva essere relativa.

A lato di queste cause, cause che, per vero, non hanno nulla di essenzialmente patologico, ve ne ha altre di ordine particolare, in teressantissime cioè le influenze riflesse.

Le congestioni di origine riflessa non sono cosa ignorata, nè rara.

Schiff, Owsjannikow, Tschiriew, Valpian, Landouzy, non solo han potuto osservarlo sperimentalmente, ma anche clinicamente. Quindi è ammissibile che in tal modo una congestione epatica abbia potuto determinarsi nella nestra inferma.

In questa eravi un sistema vascolare generale funzionalmente ed anatomicamente alterato; un eccitamento vascomotorio qualsiasi, allora, localizzato esclusivamente sul territorio vascolare del fegato, ha aumentato ancera più la deficienza della tonicità dei vasi di quest'organo, donde la atasi, la congestione, l'ipertrofia.

Donde è partito quest' eccitamento?

Io non saprai dirlo. La gausa che lo determi-

nò, ha petuto sfuggire al nostro esame come è sfuggita alla inferma stessa.

Si è trattato forse di disturbi gastro-enterici li evi, già accomparsi al momento in cui la donna fu accolta in clinica; la causa non esisteva più, ma l'effetto, il difetto di tonicità, l'astenia vascolare, persisteva e quindi la cura non fu indirissata più alla causa della congestione vasomotrice riflessa, ma all'astenia vascolare, e con effetto.

Io credo dunque che a lato delle congestioni epatiche, accompagnate o non da ittero e da ascite, costituenti ciò che si è descritto col nome di asistolia epatica (che si attribuiscono all'esistensa di una cardiopatia latente o manifesta) vi sieno congestioni epatiche primitive, indipendenti, collegate con un disturbo funzionale (se non organico) delle pareti vascolari, con una diminusione delle tonicità delle fibre lisce delle tuniche vasali.

Quest' astenia rimane latente fino a che la circolazione è regolare, fin tanto che nulla impedisca la funzionalità o aumenti il lavoro delle pareti vascolari già indebolite e finalmente fino a
che un fatto rificeso, con la sua azione vascoliatatrice, non aumenti la tendenza che le tuniche
vascolari già hanno a lasciarsi distendere.

E' possibilissimo che, in capo ad un certo tempe, questi accidenti possano, ripetendosi, fame risentire anche il cuore, come accade nei disturbi circolatorii che accompagnano le sclerosi renali. Ma in simili casi, non si deve dire che la congestione epatica è funzione di una cardiopatia latente: i fatti cardiaci sone secondarii e risultano da disturbi meccanici della circolazione del fagato, allo stesso mode che l'ipertrefia cardiaca dei brightici è collegata alla disturbata circolasione renale.

Per designare un tale stato congestivo del fegato, si potrabba, a nigore, conservare l'espressione di asistolia epatica, ma bisognerebbe però sempre tenersi presente l'associazione di idee per cui si è arrivati a questa espressione; bisogna ricordarsi che l'assieme dei sintomi designato primitivamente sotto il nome di asistolia, non ha nulla di comune con quello da noi descritto e che se si volesse quivi conservare l'espressione di asistolia epatica, non si dovrebbe intendere altro che il consensus sintomatico indotto dall'alterata funsione delle fibre lisce, dalla diminuita tonicità artero-venosa, da una vera scomparsa della sistole vascolare, la quale ha tanta parte nella regolarità della circolazione.

Così, ad evitare equiveci che petessero nassere

da un termine poco esatto, io credo di poter designare il processo patologico sopra descritto, col nome di « congestione epatica per astenia vascolare locale » (La Presse mèdicale. 20 febbraio 1897).

Nacciarone

CASUISTICA

Us case di gozzo metastatice. Cerie.—Nel resoconto dell'Accad. di Med. di Torino accennammo a questo caso (Vedi Rif. Med., V. I, n. 50) che qui ora riportiamo integralmente con le considerazioni fatte dall'autore.

Donna di anni 50 che riparò all'ospedale per voluminoso tumore pulsatile alla regione sternale datante da cinque anni.

Le pulsazioni ed il movimento di espansione del tumore stesso erano tali da ricordare un aneurisma aortico. Contemporaneamente l'ammalata portava un gozzo assai voluminoso da circa 25 anni. Questo gozzo, mancando qualsiasi infiltrazione ganglionare, ed avendo la consistenza e la mobilità che si osserva nel gozzo comune, non presentava per nulla i caratteri del così detto struma maligno.

Nondimeno l'autore fondandosi su considerazioni cliniche diverse, presentava agli studenti il caso, facendo diagnosi di adenoma maligno primitivo della tiriode con successivo tumore metastatico nello sterno. Ritenendo quindi opportuna l'asportazione del tumore, cominciava coll'asportare la tiroide, riservandosi di asportare in una seconda seduta il tumore sternale.

Quindici giorni dopo questa prima operazione, l'ammalata soccombeva coi sintomi di una gravissima bronchite diffusa, dopo aver presentato per alcuni giorni sintomi di tetania assai grave.

L'autopsia dimostrava che la tiroide era estata completamente esportata, che la ferita esa sattica. che, oltre alla metastasi sternale, esistevano innumerevoli nodi metastatici polmonari.

L'esame microscopico dei diversi umori, controllato dal Prof. Bissosero, dava il seguente reperto.

- Io) Il tumore della tiroide è costitutito:
- a) Da vescicole epiteliali, contenenti sostanza colloide, affatto simili alle vescicole di tiroide normali.
- b) Da vescicole molto più piccole contenenti alcune piccole quantità di scetanza colloide, altre una sostanza albuminosa.
- c) Da cordoni e piccoli ammassi cellulari pisni, formati da elementi epiteliali addossati l' uno all'altro; questi cordoni cellulari sono separati da uno stroma di connettivo esilissimo molto ricco di vasi sanguigni; negli elementi epiteliali dei cordoni si trova qualche rarissima mitosi.

Tanto le piccole cavità quanto i condotti cellalari ricordano la struttura della ghiandola embrionale.

20) I nodi polmonari riproducono la struttura del tumore della tiroide in tutti i suoi parti-

80) Il tumore dello sterno non presenta tracce in alcun punto di alveoli contenenti sostanza colloide; si presenta bensi per la maggior parte costituito da cordoni e accumuli cellulari, i quali danno l'aspetto generale di un cancro comune a piccoli alveoli; qua e là si riscontrano anche qui delle vescicole, con una parte epiteliale contenenti nella loro cavità una sostanza albuminosa.

Questo reperto conferma quanto fu già dai diversi autori osservato, che tumori della tiroide i quali posseggono in alto grado la proprietà inerente ai tumori maligni di produrre metastasi, possono mentire la struttura della ghiandola normale od embrionaria.

Questo caso ed altri analoghi pubblicati dal V. Eiselsberg, provano che i tumori maligni della ghiandola tiroidea, contrariamente a quanto in genere si crede, non sono sempre caratterizzati da un rapido accrescimento con precoce infiltrazione dei ganglii e tessuti circostanti. Un tumore della ghiandola tiroide può conservare tutti i caratteri di un gozzo comune, ed aver già dato numerose metastasi.

Ne segue che il chirurgo nel fare la diagnosi e la prognosi dei tumori della tiroide deve tener conto di questa eventualità per quanto rara.

Le matastasi ossee di questi tumori sono di una frequenza sufficiente da consigliare al chirurgo di pensare a questa possibilità ogni qualvolta uno ammalato sospetto di essere affetto da sarcoma delle ossa, presenti contemporaneamente alterazioni anche lievi della tiroide.

Questi tumori e queste metastasi hanno un decorso relativamente benigno, e devono essere giudicati, rispetto alle indicazioni dell'intervento operativo, con criterii speciali ricavati dal loro

andamento clinico.

Fornaca

Lipoma del tensor fasciae-latae. Chavannaz.—I lipomi intramuscolari sono piuttosto una rarità clinica ad osservarsi ed i casi riportati non oltrepassano la dozzina. Appunto per tale rarità di osservazione, l'autore si è determinato a riportare il caso che egli ebbe occasione di osservare nel reparto del Demons (a Bordeaux). Si trattava di una contadina cinquantatreenne la cui anamnesi è totalmente negativa.

Circa 20 mesi addietro, cadde col flanco destro sul pavimento. A partire da quest'epoca, di tanto in tanto essa avvertì dolori ai lombi ed all'anca destra che rimase sensibile ai più piccoli urti. Quattro o cinque mesi dopo, l'inferma ricevette sulla stessa regione una cornata da una vacca, che le produsse in sito una lieve ecchimosi. Finalmente 5 mesi dopo nel mettersi a letto urtò contro un comodino ed il dolore che provò fu tanto vivo che rimase svegliata tutta la notte senza potersi muovere nel suo letto. Dopo 10 giorni da questo accidente la donna constatò che alla parte superiore della cossia di destra aveva

un tumoretto del volume di un novo. Aumentando questo sempre più, la donna si decise a ricoverare nell' ospedale.

Alla sua ammissione in Clinica si notava: in avanti del trocantere destro ed un pò al di sotto della spina iliaca anteriore corrispondente, una tumefazione del volume di un'arancia, un pò allungato secondo l'asse dell'arto. I tegumenti normali. Il tumore era di consistenza uniforme in tutta la sua estensione ed al palpamento si vide che non era fluttuante, anzi assai duro. Non avendo aderense con la cute eta assai mobile sulle parti profonde e sensibile molto.

Nulla nell'articolazione coxo-femorale ed alla colonna vertebrale. Il 29 gennaio, previa cloronarcosi ed antisepsi, fu fatta un' incisione lun go l'asse maggiore del tumore; si trovò che non si trattava d'altro che di un lipoma sorto fra le fibre del tensore del fascia lata, che potè essere facilmente isolato. Il lipoma, del volume di un'arancia, all'esame microscopico presentava dei setti interlobulari formati di tessuto fibroso, alquanto spessi. Era in somma un lipoma fibroso.

Il caso riportato dall'autore è unico per la sede del tumore, poiché è generale credensa che i lipomi intramuscolari possano avilupparsi solo nei

muscoli a funzione attiva.

Può questa neoformazione mettersi (nel caso in parola) in conto dei traumatismi patiti dali' inferma? Solo in un caso (R i b e t) trai pochi pubblicati, il tumore fu preceduto da traumatismo, ma una tale causa non può accettarsi per spiegare la formazione di un lipoma profondo.

Però se i traumi non bastano a spiegarci la genesi del tumore in parola, nel caso riferito complicavano la diagnosi, e prima dell'atto operativo si poteva benissimo supporre che si trattasse di un vecchio ematoma, di una ciste idatidea o di un lipoma intramuscolare (Archives eliniques de Bordeaux, Gennaio 1897).

Nacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sull'ematuria, Guyon-L'autore insiste spesso sul fatto che le ematurie abbondanti sono di origine congestiva e non implicano punto la presenza di ulcerazioni, tanto meno nei casi in cui si tratta di neoplasie o tubercolosi. Un neoplasma piccolissimo, può dar luogo a grave ematuria ed in generale può dirsi che le gravi ematurie provenienti dalla vescica sono sopra tutto di ordine neoplastico.

Le stesse condizioni possono riscontrarsi nel

rene, ma agiscono differentemente.

V'ha per es. dei casi in cui i neoplasmi sviluppatisi in quest' organo non inducono punto emorragia (specie nei bembini); talvolta, al contrario, l'emorragia è tanto notevole che si potrebbe oredere che vi sia un vase aperto dal quale vien

fuori sangue. E' quindi erronea la credenza che l'abbondanza della emorragia costituisca un dato diagnostico per far riconoscere l'origine vescicale o renale dell'emorragia.

Le nefriti, pur potendo essere emorragiche, raramente sono causa di emorragie abbondanti. I calcoli, che nella vescica dànno poco sangue, nel rene possono causare emorragie gravi, che in generale stanno in rapporto con lo spostamento del calcolo.

Ma possono darsi casi in cui si produce una grave ematuria sensa che esista calcolo o tumore.

La loro causa ci è ignota; a torto si è invocata la tensione del rene, la tubercolosi primitiva, ecc. poichè in molti atti operativi ed anche all'autopsia l'organo si mostrò integro del tutto.

Il Guyon ha osservato recentemente nel suo reparto 2 casi di ematuria da causa ignota.

Nel primo si trattava di una donna adulta la quale 4 mesi addietro ebbe la prima ematuria, abbondantissima, con grossi grumi e frequente bisogno di mingere nel primo giorno. Nei giorni consecutivi il sangue era quasi puro ed ebbe dolori vivissimi. All'80 giorno tutti questi sintomi scomparvero per riapparire dopo un mese, con la differenza che il dolore fu molto più precoce e si determinò un'ora dopo l'ematuria. Un terzo attacco fu senza dolori e finalmente dopo altri 2 mesi si determinò il 4º accompagnato da dolori. Come si vede, di 4 crisi ematuriche 8 furono dolorifiche. E' probabile che in questo caso l'ematuria fosse dovuta a litiazi renale, ma non si può in alcun modo dire che ciò sia certo.

Il secondo caso è molto differente.

Si tratta di un uomo, vecchio malarico il quale ebbe la prima ematuria 8 mesi dopo l'ultimo accesso di malaria;

Ebbe un 2º ed un 3º accesso ematurico mai accompagnati da dolori; accolto in ospedale si constatò tubercolosi della prostata e poichè uno dei reni appariva ingrossato, fu decisa una esplorazione chirurgica; ma inciso ed esaminato il rene con ogni cura, non presentando questo traccia di focolaio tubercolare, il G u y o n non si credette autorissato ad asportarlo. Ciò farebbe credere che basta essere tubercoloso per le ultime vie urinarie per andare soggetto a gravi ematurie. Eppure le statistiche dimostrano che le gravi ematurie sono molto rare nella tubercolosi urinaria.

Quindi non è serio dire che le gravi ematurie, apparentemente da causa ignota, stiano in rapporto con la tubercolosi primitiva delle vie urinarie.

Ma v'ha un'altra categoria di fatti molto curiosi e poco noti, che sono relativi alle ematurie durante la gravidanza.

Una donna trentacinquenne ebbe tre gravidanse normali; però la 2ª e la 8ª furono accompagnate da ematurie abbondanti; l'ultima ematuria fu la più grave. Eravi dolore al rene destro.

Scomparsa per breve tempo, essa ritornò più imponente durante lo allattamento.

Condotta la donna all'ospedale, si credette che

esistesse una neoplasia renale; ma appena sospeso lo al'attamento, la ematuria scomparve. Perdurando però il dolore, s'intervenne chirurgicamente.

Trovato il rene integro, fu lasciato in situ e la ferita fu suturata. La guarigione fu rapida.

Il Guyon ravvicina questo caso a quello di una giovane che visse poi a lungo e che lo aveva consultato per un'ematuria sopraggiunta durante la 4ª gravidanza e che scomparve senza lasciare traccia. Alla 5ª gravidanza si ebbe ematuria meno abbondante che pure scomparve da sola.

Le ultime gestazioni non furono accompagnate da alcun disturbo.

Guyon, Charpentier, Bar, riportano altri casi analoghi; ma per vero quelli pubblicati sono molto scarsi.

Queste ematurie durante la gravidanza, possono raggrupparsi con le gravi ematurie renali da causa ignota.

Però può dirsi, dallo studio di tali fatti, che si tratta di ematuria di origine congestiva ed i casi di simil genere confermano l'importanza che bisogna attribuire alla congestione nella emorragie renali o vescicali (Journal de Mèd. et de Chir. pratiques, 10 febbraio 1897).

Nacciarone

Il valere della ricerca del campe visive nella diagnesi generale. — Schioceser ha fatto delle ricerche per vedere di poter stabilire se una malattia generale dell' uomo avesse azione sul campo visivo. Le ricerche furono eseguite su ammalati con occhi sani, e diedero per risultato, che il campo visivo subisce una restrizione a seconda dello stato del benessere generale. La ricerca ideale sarebbe stata, come ben dice l' autore, di determinare prima della malattia il campo visivo, ma questa ricerca è, come ben si può giudicare, impossibile e bisogna quindi contentarsi di esaminare perimetricamente gli ammalati al più presto possibile, e di continuare tale esame fino a che il campo visivo ritorni al normale.

L'autore ha osservato in tutte le malattie, principalmente nelle mallattie infettive, un restringimento concentrico del campo visivo, differente a seconda della gravezza della malattia ed ha ancora visto che, finita l'infezione, col progredire della convalescenza il campo visivo ritornava a mano a mano al normale.

Anche nei disturbi del tratto digestivo, secondo la loro durata e gravessa, si osserva un rimpicciolimento del campo visivo, il quale rappresenterebbe così quasi un barometro dello stato generale. L'esame del campo visivo sarebbe anche una prova la più sensibile, che si possiede sullo stato dei nervi.

In una donna, che avea perduto molto sangue osservò l'autore, che il restringimento del campo visivo era giunto dopo 5 giorni a 8-5°; ed in un secondo caso di emorragia per lesione delle arterie frontale e temporale avea visto un restringimento sino a 10-12°. In un caso di pneumonite crupale, con una temperatura di 89°,6-40°,6,

osservò l'autore un restringimento concentrico del campo visivo sino a 20.80°, e sino a circa 80° in un caso di tifo addominale con febbre a 88°2-88,9°.

In un caso di malaria vide l'autore una diminusione del campo visivo sino a 20-80°, quando la febbre avea un'altezza di circa 40°, mentre nei giorni di apiressia, il campo visivo era quasi di 40°.

Nella difteria, con febbre a 38,2-89º il campo

visivo si restringe sino a 80- 00.

L'autore conclude, che alla restrizione del campo visivo partecipa senza dubbio la febbre, ma il maggior grado del restringimento è determinato dall'infezione e dalla nutrizione diminuita dell'ammalato (Manch. medic. Wochensche., n. 5, 1897).

Scagliosi

NOTIZIE

La poste bovina

Secondo notizie pervenute da Capetowu a molti giornali, il Koch avrebbe scoverto il vaccino della peste bovina. Esso darebbe l'immunità in meno di quindici giorni e petrebbe quindi sopprimere la peste redicalmente, in brevissimo tempo.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Biforma Medica

CONCORSI & CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manisomio per 8600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marzo p. v.

Madialesa (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Cattedre universitares

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Melono.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1900 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che

raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. > Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somura di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadenza 14 marso. Nomina triennale.

'Castelsuoco Berardengo (Siena). — È aperto il concorso al posto di farmacista di questo Comune, cui è assegnata la somma annua di L. 200 a titolo di indennità di residenza e servisio notturno, più l'uso gratuito del locale della farmacia, convenientemente arredato di scaffalatura vasellame, ecc., e provvista di retrostanza da essere adibita per laboratorio.

Al farmacista spetta la somministrazione dei imedici nali ai poveri per conto del Comune, con tariffa speciale approvata dalla Giunta municipale e da rivedersi ogni anno dalla Giunta stessa, sul parere dell'ufficiale sanitario, ed oltre l'obbligo della residenza nel paese di Castelnuovo e del servizio notturno per tutti, egli avrà altresi quello di uniformarsi alle condizioni tutte portate dal Capitolato d'oneri, ostensibile rella segreteria comunale nelle ore d'ufficio.

La nomina sará fatta per questa volta sino al 81 decembre 1898; successivamente l'eletto dovrà esser confermato di biennio in biennio, a forma del Capitolato.

Nel caso di volontaria rinunzia o licensiamente, dovra precedere una disdetta reciproca di mesi tre.

L'eletto dovrà assumere il servizio entro 15 giorni dalla data della partecipazione di nomina. Scadenza 5 marso p. v.

Acquaeanta. (Ascali Piceno). Concorso ad una delle tre condotte medico-chirurgiche per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 8000 nette di R. M. obbligo della cavalcatura. L'eletto deve sssumere il ser vizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina. Il concorrente oltre; soliti certificati deve produrne anche uno che comprovi di essere stato per almene tre anni Direttore od Assistente in qualche Ospedale.

Scadenza 15 marzo.

Lecco. (Ospedale Civico). Concorso al posto di medieo-chirurgo, direttore deli' ospedale civico pei poveri di Lacco. Domanda e documenti vanno presentati alla Congregazione di Catlta. Il concorrente deva dimostrare di aver compiuto almeno 8 anne di pratica effettiva nell'esercizio della chirurgia. Stipendio annuo L. 2000 nette di trattenuta di R. M. Assunsione del servizio col 1º aprile p. v.

Scadenza 6 marzo.

Sommano.—1. Questioni scientifiche del giorno. Il trauma come fattore etiologico della siringomielia. — 2. Lavori originali. Istituto di Clinica chirurgica della B. Università di Boma, diretto dal prof. F. Durante.—Bicerche microbiologiche sopra un tumore addominale, del dott. D. B. Boncali, coadiutore alla cattedra di patologia speciale chirurgica dimostrativa. — 8. Rivista di Clinica. Clinica medica di Genova diretta dal prof. E. Maragliano.—Tubercolosi del paritoneo. Peritonite multiloculare escudativa. Tabercolosi pleurica. Pleurite bilaterale (Lesione del prof. E. Maragliano). — 4. Note terapeutiche. — 5. Igiene pubblica. — 6. Varietà. — 7 Formulario.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Il trauma come fattere etiologico della siringemicia

L. Huismans ha avuto, non ha guari, occasione di osservare un caso di siringomielia, nel quale il trauma risultava con la massima evidenza come fattore etiologico. Trattavasi di un individuo, che aveva sempre goduto buona salute, che non aveva alcuna labe ereditaria neuropatica, e non era stato mai contagiato di sifilide, In una giornata cadde una prima volta a terra sul gomito destro, ed alla sera cadde di nuovo a terra sulla spalla destra. Dopo diciassette giorni di cura potette riprendere il lavoro, benchè avvertisse ancora dolori lancinanti nella spalla destra e nel braccio destro. Questi dolori divennero persistenti. Nell'aprile dell'anno scorso, l'infermo fu costretto ad interrompere il lavoro, perche alla spalla destra, che si era molto ingrossata, avvertiva una forte molestia.

Quando l'autore esamino l'infermo, constatò che questi aveva il passo incerto, trascinava la gamba destra, e non si teneva ben ritto con gli occhi chiusi. Nessuna ombra di anormalità pupillare. Il riflesso patellare sinistro era alquanto accentuato, quello destro mancava completamente. Picchiando sul tendine patellare destro, si produceva un' addusione della coscia sinistra. I riflessi addominali esistevano in grado molto leggiero; il riflesso cremasterico non poteva essere provocato nè a destra nè a sinistra. Leggiero nistagmo. Favella normale. Forte diminusione funzionale del detrursore dell'urina. Nè ipertrofia della prostata, nè incontinenza dell'urina.

La muscolatura mostra taluni caratteri degni di considerazione. Vi è forte asimmetria fra la spalla destra e quella sinistra. La circonferenza della spalla destra ascende a 44 cm., quella della spalla sinistra a 35 cm. Questa differenza si spiega col fatto, che a destra il deltoide, il sopra spinoso e il sottospinoso sono fortemente ipertrofici, laddove a sinistra gli stessi muscoli sono atrofizzati. Il cuculiare sinistro è parimenti atrofico. Il deltoide destro è inspessito in modo colossale, e nel riposo mostra, al pari degli altri muscoli, contrazioni fibrillari. Nel sollevare il braccio, si contraggono soltanto alcuni fasci del muscolo, con che si pro-

ducono solchi profondi, il che dimostra che anche in questo muscolo una parte delle fibresono atrofissate e sostituite da tessuto adiposo. La circonferenza dell'omero è a destra 28 cm., a sinistra 25 1/2 cm. La circonferenza del braccio a sinistra è circa 3 cm. meno che a destra; quella dell'avambraccio a sinistra è 2 ctm. meno che a destra. I piccoli muscoli della mano mostrano achi essi anomalie di volume. Sulla mano sinistra gli intercessi, il tenar e l'adduttore del pollice, sono più o meno fortemente atrofici; sulla mano destra l'atrofia è meno nettamente accentuata, ma ancora chiaramente evidente. La gamba destra è meno veluminosa di quella sinistra.

Sulla faccia si constata che a sinistra i muscoli non sono così voluminosi come a destra. La mobilità è normale ad amendue i lati. La metà sinistra della lingua è completamente emaciata, ed il suo volume è di gran lunga inferiore a quello della metà destra. Vi è cifo-scoliosi della sezione toracica e della sezione lombare della colonna vertebrale.

L'eccitabilità faradica dei muscoli è in massima parte, ben conservata; è soppressa, però, per es. sulla parte mediana del muscolo infra-spinoso destro. L'eccitabilità galvanica è fortemente alterata. La sensazione tattile non ha subito alcuna diminuzione notevole; il senso stereognostico non apparisce molto alterato. Inoltre, vi è una spiccata termo-anestesia.

Trattavasi, dice l'autore, (Deutsche Medicinische Wochenschrift, n. 8, 1897) di una siringomielia, sviluppatas, in un individuo senza labe ereditaria neuropatica, in conseguenza di un trauma reativamente insignificante. Questa diagnosi è ribadita: dall'atrofia muscolare a tipo scapoloomerale (Schlesinger), con parziale pseudo-pertrofia, dalla cifo-scoliosi, dalla considerevole alterazione del senso dolorifico e termico (essendo ben conservata la sensazione tattile), dalla paresi del detrusore dell'urina, dall'atrofia unilaterale della lingua,dal nistagmo, dalla mancaoza del riflesso patellare destro, dalle artropatie. La base anatomica del processo è stata, dice lo autore, probabilmente la seguente: in seguito al trauma, si è sviluppato, al pari che negli analoghi casi di Eulenburg, una nevrite ascendente con affezione secondaria del midollo spinale, e propriamente si è prodotta una cavità nelle corna grige anteriori. Il processo è bilaterale, e ciò spiega perchè furono impegnate amendue le scapole. Fa d'uopo altresi, per spiegare i sintomi bulbari, ammettere degenerazioni secondarie nella midolla allungata. In fine è da ammettere che in questo caso il processo pervenga fin nel midollo lombare:

1) perchè manca il riflesso patellare destro;

2) a causa del disturbo vescicale.

La prognosi è infausta.

La terapia non può nulla (per lo meno nello stato presente delle nostre conoscenze) contro quest'aff-zione.

Per ciò che concerne il lato pratico di questo caso, è evidente che quest'individuo non può più riprendere il lavoro (stalliere) a cui precedente-

mente era addetto. Allorché in un caso di questa specie il medico venga invitato a dare un giudizio peritale, bisogna valutare la incapacità al lavoro del cento per cento.

Meyer

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLISICA CHIRURGICA DELLA REGIA USIVERSI-TÀ DI ROMA, diretto dal prof. F. DURANTE. — RI-CERCHE MICROBIOLOGICHE SOPRA UN TU-MORE ADDOMINALE, pel dott. D. B. RONCALI, coadiutore alla Cattedra di patologia speciale chi rurgica dimostrativa.

(Cont. e fine. - Vedi num. prec.)

Ш

L'esame istologico mostra che l'intima tessitura dei tumori intracolici ed estracolici, risulta di connettivo ramificato, sopra cui sono disposti in gran copia e simmetricamente epitelt polimorfi, in massima parte cilindrici, incompletamente sviluppati. Siamo di fronte a un adenocarcinoma, a un vero papilloma infettante. In alcuni punti del tumore, il connettivo è scarsissimo, e lo stroma, in tal caso, è ridotto alla sola rete vascolare risultante da elementi endoteliali a protoplasma omogeneo, molto rifrangente, a nuclei ovoidali intensamente colorati. Dei rami del connettivo innanzi descritto, alcuni si anastomiszano fra loro, dando origine a cavitá cistiche. Alla periferia del tumore si riscontra un connettivo limitante dato da fibre molto grosse e notevolmente consistenti al taglio, munite di nucleo ovoidale e voluminoso, e ricchissimo in sostanza cromatica. Da questo connettivo limitantel, partono come delle propagini di tessuto fibroso in direzione dell'interno dei tumori, le quali riunendosi per le loro estremità creano ampi spazi od alveoli. Questi alveoli, sono cavità chiuse da ogni parte, tappezzate da epitelio polimorfo, in massima parte cilindrico, dalle cui pareti si dipartono le ramificazioni connettivali innanzi descritte.

Sopra le diramazioni connettivali e sopra le pareti delle cavità cistiche, sono disposti a strati gli elementi specifici che compongono il neoplasma. La stratificazione è ora unica, cioè risulta di una sola fila di cellule striate, disposte a palizzata, ora molteplice potendo intatti essere duplice, triplice, quadruplice, ecc. Queste cellule disposte a palizzata sopra le ramificazioni e sulla

superficie delle pareti cistiche innanzi descritte, hanno un grosso corpo protoplasmatico, finamente granuloso cilindrico, ed un nucleo rotondo ed ovoidale con sostanza cromatica molto copiosa. A forte ingrandimento si trova che la membrana del nucleo non è scontinuata in alcun punto, che esso assume intensamente le sostanze coloranti e che la sua cromatina è raccolta in blocchetti di varia grandezza, siti o solo nel centro del nucleoo, o nel centro ed alla periferia. Rare sono le cellule col nucleo in cariocinesi e molto abbonianti sono quelle col nucleo in ipocromatolisi. Gli elementi di questo tamore morfologicamente si avvicinano alquanto alle cellule che normalmente tappezzano la mucosa del colon e a quelle che rivestono le ghian dole del Lieberkühn.

In quanto alla morfologia dei parasiti nei tessuti del tumore, nulla più ho da aggiungere al già detto nell'esame a fresco; in quanto alla disposizione di questi parasiti ciò che veramente sorprende è la quantità veramente enorme di questi blastomiceti, tanto che le sezioni guardate a piccolissimo ingrandimento offrono l'aspetto di una superficie, su cui strettamente ravvicinati gli uni agli altri, si vedono corpi rotondeggianti che danno uno splendore v eramente adamantino. In questi tessuti, i parasiti sono in massima parte degenerati, ma nelle parti giovani del neoplasma, ossia nelle periferiche, si vedono anche numerose le forme blastomicetiche che non sono degenerate e che reagiscono per ciò benissimo alle colorazioni specifiche. La sede di questi parasiti, particolarmente delle forme degenerate è il centro della papilla. Sezionando, infatti, orizzontalmente il tumore, ci troviamo di fronte a un numero stragrande di corpi, in massima parte rotondi, aventi la forma di rosa o di margherita; corpi risultanti da una parte centrale rifrangentissima la luce, che è il blastomiceto o i blastomiceti degenerati e da numerosissime file di cellule di aspetto epiteliali, a corona, regolarmente e concentricamente disposte attorno a questi punti centrali rifrangenti.

I parasiti degenerati si trovano esiandio fra le fibre del tessuto connettivo che forma il sostegno delle papille, come fra quelle fibre da cui risulta costituita la capsula involgente il neoplasma. In questa capsula però i parasiti sono in numero molto limitato. Le forme giovani hanno sede, come si disse, nelle parci giovani del tumore; qui abbondano in generale le forme piccole e rotonde, munite di capsula rifran gente cromatica e di protoplasma omogeneo intensamente colorato. Vi sono ancora delle rarissime forme con capsula ialina acromatica a unico o a doppio contorno e forme nelle diverse fasi della riproduzione per gemmasione.

TV.

Dopo essermi assicurato con le prove chimiche e con l'esame a fresco innansi descritti; che in questo tumore erano numerosi i blastomiceti, pensai di vedere se mai mi fosse riuscito di averli allo stato di purezza, come in altre tre contingense mi era riuscito. Per questo, con un coltello arroventato, praticai vari tagli nelle diverse parti del tumore dell'omento e del mesentere e da ogni sezione, raschiai un pò di succo che deposi in un tubo contenente acqua distillata succherata ed acidulata. Con questo metodo innestai il succo del tumore in 60 tubi che chiusi a 87°C, nel termostato. Trascorsi otto o dieci giorni dall' innesto, osservai uno strato biancastro alla superficie di 47 dei 60 tubi innestati il quale in goccia pendente vidi che risultava di gresse cellule rotonde ed ovali, circondate da sottile membrana rifrangente e contenenti un protoplasma omogeneo con uno, due, quattro, cinque o più granuli rifrangenti. Varie di queste callule erano in gemmasione e da alcune si staccavano filamenti di varia lunghesza ora umici, ora ramificati, ora articolati , che avevano tutti i caratteri degli ifi. Facendo con la patina le piastre in gelatina, trovai che si era sviluppata una so'a specie di fermento, che giunsi con facilità ad isolare in coltura pura.

Dai caratteri morfologici e biologici del fermento isolato e dal suo modo di diportamento nei tessuti delle cavie (essendo per questi animali patogeno e determinandone la morte in 15 a 80 giorni) sono indotto a ritenerlo simile in tutto e per tutto al blastomiceto da me isolato dallo epitelioma della lingua e dalle metastasi ascellari di un sarcoma mammario. Questo fermento è dunque il Blastomyces vitro-simile degenerans.

Il fatto dell'isolamento di uno stesso fermento da tre tumori così diversi per sede e per natura, quali sono: il sarcoma della mammella, l'epitelioma della lingua e quest' adeno-carcinoma del colon, dell'omento e del mesentere, ha un certo valore e conferisce un certo valore a un mio concetto allorquando affermai che non è impossibile che uno stesso blastomiceto a seconda che irriti o il connettivo o l'epitelio dia o il con-

nettivoma o l'epitelioma (1). Nè contro questo dato di fatto si può venire a dire che l'isolamento dagli ansidetti neoplasmi del Blastomyces vitro-simile degenerans sia un fatto accidentale dovuto a inquinamento dall'aria dei terreni di coltura, perchè contro questa obiesione rispondo che dal decembre al maggio dell'anno soclastico 1895 96 ho praticato 58 tentativi di isolamento dei blastomiceti da neoplasmi maligni capitati ed operati nella Clinica chirurgica del prof. Durante ed inviatimi da colleghi degli ospedali di Roma e gismmai ebbi a lamentare in questi 58 tentativi inquinamenti di sorta.

I metodi da me usati in queste ricerche sono quelli già descritti nella mia nota preliminare sopra la morfologia e la biologia del Biastomyces vitro-simile degenerans (2) e nella presente nota. Col succo di ogni neoplasma soleva in generale innestare 8 matracci contenenti ognuno circa 400 grammi di liquido acido e succherato, e circa 50 provette contenenti lo stesso liquido, il che rappresenta sapendo che i tumori sono stati 38, un innesto complessivo di 114 matracci e di 1900 provette. Ora io non ottenni mai sviluppo che soltanto in quei casi dai quali sono riuscito ad isolare i blastomiceti, e i mici risultati ultimi sono stati sopra 38 tentativi, 84 risultati negativi e 4 positivi, isolando cicè, 8 volte il Blastomyces vitro-simile degenerans ed una volta da un mixo-sarcoma della mammella, favoritomi dal collega dottor Rosa, un blastomiceto le cui proprietà biologiche e morfologiche mi hanno rivelato trattarsi di un oldio. Intorno alle proprietà patogene di questo blastomiceto ancora non posso dire nulla.

Che il Blastomyces vitro simile degenerane iso

⁽¹⁾ Roncali. — Sopra particolari parasiti rinvenuti in un adeno carcinoma (papilloma infettante) della ghiandola ovarica. «Il Policlinico» (S. C.) e « Annales de Micrographie, 1895. »

Boncati.—I Blastomiceti negli Adeno-carcinomi dell'ovario. 2º Memoria, « Bollettino della Reale Accademia Medica di Roma e Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde » 1895.

⁽²⁾ Boncali. — Di un nuovo blastomiceto isolato, da un epitelioma della lingua e dalle metastasi ascellari di un sarcoma della ghiandola mammaria patogeno per gli animali e molto simile per il suo particolare modo di degenerare sui tessuti delle cavie al « Saccharomyces tethogenes » del Sanfelice (Contributo all' etiologia dei neoplasmi maligni). Nota Preliminare. « Bullettino della Reale Accademia Medica di Boma, » il « Policlinico » (S.C.) e « Centralbiatt fur Bakteriologie und Parasitenkunde, » 1896.

lato da questi neoplasmi non provenga da un inquinamento dei terreni nutritist per i germi dell' ria, ma derivi all' incontro da quelli stessi blastomiceti che noi abbiamo veduto esistere nei tumori e copiosi in modo speciale nell' adeno carcinoma primitivo del colon di cui stiamo ra gionando, in modo evidente si desume da que esti fatti:

1º: Per avere riscontrato nei tessuti delle cavie, inoculate con colture pure di Blastomy-ces vitro-simile degenerans le stesse masse altamente rifrangenti, descritte nei tessuti dei neoplasmi dell' uomo;

2º: Per avere veduto che queste masse a rifrangenza vitrea esistenti nei tessuti delle cavie, danno con gli acidi e con gli alcali le stesse reasioni che si sono vedute produrre dalle masse rifrangenti, aventi sede nei tessuti neoplastici dell' uomo;

8º: Per essere stato in grado di stabilire, specialmente sui tessuti delle cavie, come le masse a rifrangenza vitrea provengano dai blastomiceti, perchè si è potuto seguire tatto il ciclo di formazione di queste masse, come s'inizii cicè e come si compia nei blastomiceti questo processo degenerativo.

Dell'importanza di questo fermento nella genesi di questo adeno-carcinema del colon diffuso all'omento e al mesentere, parlerò diffusamente in una prossima memoria sull'argomento, nella quale ampiamente svolgerò la parte clinica.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica medica di Genova diretta dal prof. Maragliano Tubercolosi dei periteneo - Peritenite muitileculare essudativa. Tubercolosi pieurica. Pieurite bilaterale

Alla fine della precedente lezione vi dissi che era mancato un infermo degente al letto n. 15 e, riservandomi a discorrerne poi diffusamente, vi dissi solo la diagnosi, che parevami opportuno dettare prima della necroscopia, quella cicé di « Peritonite cronica multiloculare essudativa » da probabile carcinosi miliare del peritoneo e di «pleurite essudativa» doppia da probabile ripetizione di processo, accennandovi, però, anche alla pessibilità di una tubercolesi.

Ora, a necroscopia fatta, credo opportuno discorrerne più lungamente.

Ed anzitutto è opportuno ricordare l'anamnesi. Nelle note familiari trovasi di notevole che il padre è morto a sessant'anni, a quanto pare, di malattia lenta dell'apparecchio respiratorio. Nel suo passato si nota che a tredici anni soffrì di vaiuoloide, a venti circa di febbri malariche per circa due mesi e a trenta di itterisia, che guari in pochi giorni. L'infermo conduceva vita sregolata, beveva parecchi litri di vino al giorno e fumava molto.

Nel luglio scorso ebbe a soffrire di edemi agli arti inferiori e durante la cura opportuna, che, secondo lui, lo portò a guarigione, dimagrò notevolmente. Stava ristabilendosi, quando, il 10 ottobre, accudendo al suo mestiere, fu colto da tosse stizzosa, secca, cui si aggiunsero dolori gravativi su tutto quanto l'addome. Dopo pochi giorni s'accorse dell' aumentato volume dell' addome e ricorse ad un sanitario; che gli consigliò di venire all'ospedale. I dolori all'addome si ripeterono, ma con minore intensità delle prime volte; specialmente quando mangiava cibi solidi in disereta quantità, la digestione si compieva lentamente, con dolori urenti allo stomaco. Si aveva stitichezza.

Riguardo all'apparato respiratorio, l'ammalato dice che tossiva raramente, durante il corso della malattia, con suarso escreato muco-salivare. Soffriva di dispnea che s'accentuava nei movimenti.

Venne sottoposto, nelle sale ospedaliere, due volte alla paracentesi, il 10 ottobre e l'8 novembre, e il liquido, al dire dei sanitarii, era citrino, siero-fibrinoso e si repristinava rapidamente.

Al suo ingresso in clinica, l'aspetto generale era molto deperito, la cute presentava, colorito terreo, le vene al collo turgide, leggiero impulso al giugulo, evidenti le vene sottocutanee nelle regioni costali e in corrispondensa dell'epigastrio.

Peso del corpo 51 kgr.

All'apparecchio respiratorio si aveva presenza di liquido mobile a destra dalla metà della scapola, a sinistra dall'angolo della scapola in basso; al disopra di queste zone ottuse, suono timpanico basso e all'ascoltazione respiro aspro con qualche ronco a destra.

Dai due cavi pleurici, con la puntura esplorativa si estrasse un liquido limpidissimo, tenue, in cui, all'esame microscopico, si rilevò la presenza di corpuscoli bianchi e di qualche corpuscolo rosso; assenza di microrganismi.

Espettorato muco-salivare scarso, con presenza di molti leucociti e cellule pavimentose; melti diplococchi di varia grandezza capsulati; melte forme bacillari comuni.

Il battito della punta del cuore ne si vedeva

nè si palpawa; l'ottusità assoluta non si poteva delimitare, perchè coperta dal margine polmonare ectasico: toni un pò ottusi e profondi; polso debole, frequente, ritmico.

Appetito scarso, ventre teso, vene sottocutanee non appariscenti, circonferenza ombelicale cent. 87.

Con la palpasione combinata si matteva in evidenza liquido nell'addome e con la percussione si aveva una sona ottusa limitata da una linea a concavità superiore, che passava per la cicatrice ombelicale. Il liquido, estratto con la puntura esplorativa, limpido, giallo-citrino, di 1010 di densità, presentava, all'esame microscopiuo, solo qualche corpuscolo bianco e rosso; assensa di microrganismi.

L'infermo aveva noduli emorroidarii non molto sviluppati-

L'ombelico era sporgente e si aveva un certo grado di edema periombelicale.

Il fegato non si poteva delimitare, causa il liquido nella cavità pleurica e peritoneale e la tansione delle pareti addominali.

Milsa col margine anteriore nell'ascellare media. Innanzi a questi fatti, quando entrò in Clinica, fu sospettata dai mici assistenti una epatite interstisiale, concetto che si era imposto ad altri sanitarii che lo avevano esaminato, e suffragato anche dal fatto della ridusione di volume del fegato e dall'ingrossamento della milsa.

Stette in Clinica due mesi, rimanendo col liquido invariato per quantità nel torace, ridotto invece quello nell'addome; persistevano i dolori all'addome, mai vi fu febbre (anzi presentava notevole ipotermia) e si notò infine un progressivo dimagramento, con accentuazione di cachessia.

Quando ripresi la direzione della Ciinica, fui sorpreso, appunto, al vedere la cachessia spiccata che egli presentava, pur avendo integro il sensorio.

Questo vi dico perchè un soggetto con epatite interstiziale che si avvicina alla fine, assume un aspetto caratteristico dovuto ai fatti di auto-intossicazione; si ha, cioè, uno stato di sonnolenza e si va poi al letargo, a quel coma che io da tanti anni chiamo « coma epatico ».

Per ciò mi chiesi se si trattasse realmente di epatite interstiziale; esaminai la storia, e dai fatti che vidi notati e dall'esame dell'infermo, mi convinsi trattarsi, invece, di una peritonite e con essa di una doppia pleurite.

Ma questa peritonite e questa pleurite, veniva ad assumere un significato speciale dopo i sintomi fisici che ebbi occasione di rilevare e che devono essersi svolti durante il soggiorno dell'infermo in Clinica, perchè non esistevano al suo ingresso.

Facendo la pressione a scatto, si avvertivano tanto all'arco e stale sinistro, che al destro, dei corpi duri, ineguali, ma mobili e come galleggianti sul liquido.

Negli atti respiratori si avvertiva una certa mobilità di questa massa. Esclusi che si trattasse di fegato ingrossato, ed esclusi pure un corpo connesso alla grande curvatura dello stomaco per il modo speciale di portar i di quei corpi che davano la sensazione di masse, come dissi io, isolate e galleggianti.

Del resto, debbo dire che gli esami fatti per studiare la funzione del fegato erano stati negativi. Non esisteva glicosuria alimentare, ne ipoazoturia. Si trattava evidentemente di una peritonite che aveva dato luogo alla formazione di masse neoplastiche, con sepimenti multipli.

E poi, qui non avevamo un ventre di rana, quale si ha negli ascitici volgari, ma invece rilevato ai lati, sporgente, e mancava anche quel serso spiccato di fluttuazione, che si ha quando esiste liquido libero.

Infine, intorno all'ombelico esisteva una infiltrazione, un turgore peri-ombelicale, fatti tutti che sono segualati come esponenti di una peritonite.

Trattavasi quindi, evidentemente, di una peritonite, pleurite doppia e cachessia; questa a tal punto che, oltre alla riduzione numerica dei globuli rossi, era caratterizzata da una profonda necrobiosi di essi.

Dall'esame fisico poi nen si avevano dati che ci richiamassero a lesioni parenchimali dell' apperecchio respiratorio, e, del resto, l'anamnesi è muta a questo riguardo. Il 10 ottobre l'insorgenza precitata di tosse secca, stizzosa, dispuea, è indice della insorgenza della pleurite doppia constatatasi poi.

Ora, quando vi trovate dinanzi ad una sindrome fenomenologica come questa, cicè di una cachessia con peritonite, voi dovete pensare a due forme morbose, o alla tubercolosi o alla carcinosi miliare. E' peritonite da tubercolosi o da carcinosi la mostra?

La carcinosi miliare clinicamente e anatomopatologicamente, ha tali punti di contatto con la tubercolosi, che la differenziazione è possibile solo col reperto batteriologico. L' una e l' altra sono spesso primitive, rapide nel decorso e dal peritoneo si diffondono alla pleura bilateralmente. Nella carcinosi si hanno spesso gangli linfatici iperplastici, che qui mancano, e si produce con facilità, leucocitosi, che qui si ha. Ma non si posseggono sintomi diretti nè della carcinosi, nè della tubereclosi. Valgono solo por questa la febbre ed i bacilli quando si hanno, e che qui mai furono trovati.

In questo caso però, a favore della tubercolcsi, si poteva invocare il criterio della ereditarietà; ma mancava la febbre, sebbene la malattia avesse avuto un decorso molto rapido, di quattro mesi circa.

Per tutte queste ragioni, io ho fatto molte riserve e nello annunciarvi la diagnosi di carcinosi, come quella che mi pareva la più probabile, vi accennai alla possibilità di uno scambio con la tubercolosi.

Indecisione, questa, che voi comprenderete facilmente se riflettete che si trattava di determinare l'indole della malattia, non la sede del morbo. Sulla sede non esistevano dubbil; è sulla genesi che vi erano le difficoltà.

E l'indecisione continuò innanzi al tavolo anatomico.

Così è occorso che ieri, fatta la necroscopia, l'impressione prima fu realmente di una carcinosi, perchè, a fienco d'una disseminazione di noduli, nel peritoneo, esisteva cospicua infiltrazione del mesentere e della pleura.

Volli ciò non ostante attendere l'esame microscopico e la mia titubanza non era irragionevole; l'esame ha dimostrato la presenza dei bacilli della tubercolosi, nei noduli raccolti.

Ve ne sono pochi ma ne basta uno per dimostrare che qui si trattava di una peritonite tubercolare pluriloculare con tubercolosi delle due pleure.

E così anche il nostro caso ha provato che spesso la differenziazione di una carcinosi miliare da una tubercolosi non è possibile (*Cronaca della Clinica medica di Genova*, 6 febbraio n. 4 bis, 1897).

NOTE TERAPEUTICHE

L'anesteela per inflitrazione alla Schielch. G. Nosok e Gerhardi. — Gli autori deplorano vivamente che il metodo di anesteela, sviluppato e descritto minutamente da Schleich, cicè l'anesteela locale mediante edematissasione artificiale dei tessuti, sia stato preso tanto poco in considerazione dai chirurgi. Essi ritengono per fermo che col metodo di Schleich, sia possibile esseguire ope-

razioni di rilievo, e di una qualche durata più o meno considerevole, senza che l'infermo avverta il menomo dolore. No a c k riferisce che egli l'ha adoperato con splendidi risultamenti non soltanto nei casi di idrotorace, idrocele, idrarto - ma finanche quando si trattava di dover resecare molte costole. Giammai allora avverti la necessità di dover ricorrere all' anestesia cloroformica. Inoltre, la rimozione operativa di piccoli tumori, come carcinomi cutanei, ateromi, ganglii tubercolari o cancerigni, orsajuoli, lipomi , tumori emorroidali, ecc., riuscirebbe splendidamente, secondo Noack, mediante l'edematissazione artificiale, che spessissimo determinerebbe una specie di distecco del tumore dal suo involucro connettivale. Finanche in casi , nei quali trattavasi di estirpare glandule dal collo e dal cavo ascellare, l'anestesia locale di Schleich diede risultamenti eccellenti.

In fine, Noack menziona una serie di casi di ernie inguinali, in cui esegui l'operazione radicale con detta anestezia, e ne restò oltremodo soddisfatto.

Il Gerhardi ha adoperato l'anestesia locale di Schleich in un gran numero di operasioni (lupus del naso, paterecci, flemmoni delle dita, amputazioni di dita, asportazione di fibromi, di ateromi, di linfadenomi al collo, ecc.), ed i risultati sono etati ottimi. Secondo Gerhardi, i pregi dell'anestesia locale alla Schleich possono essere compendiati come segue:

a) il metodo è assolutamente innocuo, e, quantunque non possa sostituire in tutto e per tutto la narcosi generale, diminuisce però il numero dei casi in cui si è costretti di ricorrere a quest'ultima, e con ciò diminuisce pure i relativi pericoli e conseguenze letali, fino al 75 %.

b) in virtà di questo processo, il chirurgo può agevolmente operare l'infermo, che si reca a consultarlo in sua casa, senza temere che possa verificarsi qualunque di quei pericoli, che sono inerenti alla narcosi generale.

 o) il medico può operare senza assistente, giacchè può eseguire successivamente, dapprima

la narcosi e poi l'operazione.

Questi pregi naturalmente hanno valore sopratutto per il medico pratico. Tuttavia, ciò non impedisce che anche nelle cliniche ufficiali si possa utilizzare l'anestesia locale di Schleich. Secondo Gerhardi, nell'avvenire questo metodo potrà essere, per ciò che concerne le grandi operazioni, adoperato specialmente per quelle da esiguire nella cavità addominale, sia perchè l'operazione sarebbe quantitativamente alquanto minore, sia perchè verrebbero evitati, per es., quei disturbi, che spesso si verificano dopo una laparotomia, e durano per giorni (Manchener medicinische Wochenschrift, n. 6, 1897).

Meyer

IGIENE PUBBLICA

La difesa contro la peste (Langloie).

Tra tutte le misure igieniche che possono esser prese contro le epidemie senza ricorrerealle lunghe quarantene, le più importanti sono, senza dubbio, il risanamento delle città per combattere il contagio e l'organizzazione d'un sistema di sorveglianza per le navi che potessero introdurre i germi della malattia.

Come si trova Marsiglia di fronte a questo

doppio punto di vista?

La fognatura decisa dall'antica municipalità è stata bene costruita, ma il nuovo consiglio municipale, per ogni sorta d'intrighi, ha fatto in modo che non possa essere utilizzata ed una parte dei prodotti di rifiuto scorre ancora nel sottosuolo.

Le malattie contagiose ed il vaiuolo in ispecie, regnano tutto l'anno e fan si che la mortalità di Marsiglia sia una delle più elevate tra tutte le città d'Europa.

I regolamenti di polizia sanitaria marittima del 1896 esigono che ogni nave destinata al servisio postale o al trasporto di almeno 100 viaggiatori che fa un viaggio oltrepassante le 48 ore abbia a bordo un medico sanitario autorizzato,

Io ho insistito altra volta sull'utilità dell'esame imposto ai medici imbarcati, sulla necessità di esigere da essi conoscenze speciali in igisne marittima ed in fine sulla necessità di rendere questi medici indipendenti dalle compagnie di na-

Ora, appunto nel momento in cui la loro parte diventa così necessaria, il sindacato professionale dei medici di Marsiglia lancia una protesta contro questa creasione e richiede che, invece di subire una pruova « sull'epidemiologia, profilassi e regolamenti sanitari e loro applicazioni pratiche » ogni medico possa ottenera il titolo di medico sanitario su semplice domanda fatta al servizio di sanità. E' in altri termini, reclamare lo statu ouo.

Se noi consultiamo i rapporti dei delegati sanitarii incaricati del servizio del Mar Rosso, bene spesso vediamo che i medici imbarcati, scelti senza esame, talvolta senza diploma, sono stati gli agenti benevoli delle capitanerie e delle società.

Il 14 decembre 1894 il Direttore del campo di Tor scriveva al presidente del Consiglio di Alessandria: Eccetto pochi bastimenti, i quali hanno a bordo medici delegati dai loro governi, in massima parte la sorveglianza sanitaria dei pellegrini e del naviglio è confidata a pratici i quali, di accordo con i capitani, dànno quasi sempre informasioni molto inesatte sullo stato dei pellegrini durante la traversata, sulla natura del e affesioni da cui sono colpiti gli ammalati che stanno a bordo ed anche sui morti durante la traversata. Lo stesso si legge nel rapporto del Ferrari, Direttore del servisio di sanità a Sues.

E' evidentissimo che il medico non può essere

resimente indipendents dalle Compagnie che quando sarà (come l'agente postale) incaricuto dal go-Vermo.

Ma la limitazione del numero dei medici iscritti sulla lista degli ufficiali sanitarii, la necessità di regolari rapporti con l'amministrazione, costituiscono già un passo in avanti verso lo scopo desiderato; quindi la protesta dei medici marsigliesi è più che inopportuna,

In presenza del danno attuale sarebbe, stato preferibile interdire assolutamente il pellegrinag-

gio alla Mecca.

Il Governo francese non ha esitato a farlo, ma l' Inghilterra più particolarmente avrebbe dovuto predere identica misara con i suoi pellegrini Indiani. Ma essa si è contentata di cambiare il porto di partenza de'le navi: Madral invece di Bombay. Del resto si sa per esperienza che le autorità inglesi non esitano punto a dare patenti nette ai navigli provenienti da porti sospetti.

In queete condisioni sembra indispensabile di mostrarsi molto severi per tutte le navi provenienti dalle Indie e che toccano stazioni sanitarie inglesi; la patente rilasciata dalle autorità inglesi

deve sempre considerarsi sospetta.

Quanto ai processi di disinfesione, qualunque sia il metodo adoperato, essi saranno sempre problematici.

E' vero che il bacillo della peste sembra resistere poco, poiché, secondo Kitasato, esso è distrutto, se lo si sottopone per pochi minuti ad una temperatura di 100° C: esso non resiste punto ad una soluzione di acido fenico all'1 o[o; solurioni anche deboli (1/2 %) di calce, l'uccidono in 8 ore.

Ciò è vero, ma chi non vede la difficoltà materiale di disinfettare un bastimento che porta 8000 tonnellate di mercansia? Noi non abbiamo e non potremo mai avere un'oculatezza sanitaria sufficiente, per assicurarci perfettamente una disinterione teorica.

Non è per scoraggiare dai tentativi fatti che l'autore parla così, ma per dimostrare che data l'impossibilità d'impedire l'importazione della peste ad Hedjas, sarà egualmente quasi impossibile di chiudere l'Europa.

Il decreto del 10 scorso febbraio col quale i porti del Mediterraneo venivano chiusi, restando liberi i porti della Manica e dell'Atlantico è di utilità molto discutibile. Sa quali basi scientifiche si poggia?

Le navi che arrivano in vista di Marsiglia hauno lasciato Bombay da più di 12 giorni.

E' vero che quelli che si presenteranno a Panillac avranno 4-5 giorni di mare di più, ma questo prolungare del viaggio avrebbe una certa importanza solo se la durata dell'incubazione corrispondesse precisamente al tempo necessario per venire da Bombay a Marsiglia.

Tutti gli autori che hanno studiato le antiche epidemie come gli specialisti che han potuto osservare con precisione il decorso della recente epide nia nell'estremo Oriente, ammettono che il periodo d'incubazione non oltrepassi i 7 giorni. Lowson dice che i sintomi appaiono tra il

3º ed il 6º giorno a partire dal contagio; A oyama parla di 2 a 7.

Se queste cifre potessero ammettersi senza restrizione, il problema sarebbe facilissimo.

Ogni nave che parte da Bombay anche disponendo della massima velocità, dovrebbe essere considerata non infetta alla uscita del canale di Sucs se su di essa non si fosse verificato alcun caso di peste dal giorno della partenza.

Ora (e ciò si comprende agevolmente) non è punto così : gl'individui imbarcati possono contrarre la peste durante il viaggio anche per il semplice contatto con oggetti contaminati; ed allora la malattia sarà incominciata al 5°, 7°, 8° giorno dalla partenza e conseguentemente il morbo si svilupperà molto dopo che si sia oltrepassato Suez.

Però questo periodo di 6-7 giorni non costituisce la regola generale, che anzi è passibile di molte eccesioni.

Basterà ricordare i 2 casi di peste osservati in settembre ed in ottobre del 1896 all'ospedale dei Marinai in Greenwich.

Verso la metà di settembre fu accolto in nosocomio un indiano che morì in 48 ore senza che si potesse pensare menomamente alla peste.

Negli ultimi di ottobre, si presentò un caso

Solo allora fu che si pensò alla peste; l'esame batteriologico, infatti, dimostrò nel sangue la presenza del bacillo di Kitasa to.

Orbene, il 2º infermo era sbarcato da 14 giorni; ed allora ammettendo che altri 17 ce ne vollero per la traversata, si vede che esso aveva lasciato Bombay da 81 giorno.

Il Cantlie cita casi analoghi.

Lo stesso Cantliè, che esercitava la professione ad Houg-Kong, fin dalla 1ª epidemia ammette l'esistensa di una peste larvata (ambulatory pestis) che può passare inosservata, permettere che l'individuo compia il suo viaggio e poi, sotto una influenza ignota, manifestarsi in seguito con tutta la sindrome della poli-adenite maligna, termine col quale si designa la peste bubonica confermata.

Ora, tutto ciò dimostra quanto sia difficile impedire che l'epidemia entri in Europa; ma gli stessi 2 fatti sopra cennati dimostrano che una organizzazione sanitaria bene compresa, può isolare i primi casi e sventare l'epidemia.

Nel primo infermo accolto all'ospedale marittimo di Greenwich, non potè farsi la diagnosi e quindi stabilire l'isolamento, ma le semplici misure profilattiche giornalmente adoperate bastarono a non far diffondere il morbo.

Seguendo le prescrizioni indicate dalla conferenza di Dresda (1898) e dal Regolamento sanitario marittimo francese del 1896, si può sperare che la peste se mai scoppierà in Europa, rimanga localissata e non si espanda oltre i piccoli centri d'infezione.

Al ogai modo, il fatto ha dimostrato che oltre alla severa applicazione del Regolamento Saniste sia posta nel risammento delle grandi e piccole città europee.

Se Bombay e Calcutta avessero obbedito alle energiche riprensioni degli igienisti inglesi, la epidemia non avrebbe certo assunto lo sviluppo attuale.

Questo esempio dovrebbe bastare a far riflettere a certi municipi poco coscienziosi, di quanto danno possano in certi casi riuscire gli interessi personali e la poca attività in questione di grave interesse igienico (La Presse mèdicale, 20 febbraio 1897).

*Nacciaron*e

La scuola remana d'igiene nei seceli XVI e XVII e la profilassi della poste bubonica nel 1656-57

In una sua lezione d'igiene, che qui sotto riportiamo, così opportunamente il prof. A. Celli ricorda i saggi provvedimenti igienici presi da Mr. Gastaldi, che preservarono Roma dalla peste bubonica.

« E' noto che il Rinascimento promosse, tre secoli prima che altrove ci si pensasse, la restanrazione igienica dell' Urbe.

Tornavan difatti copiose in città l'acqua Vergine nel 1858, l'acqua Felice nel 1547, t'acqua Pacla nel 1612, e contemporaneamente si riaprivano i canali sotterranei, e se ne scavavano dei nuovi, con lo scopo di risanare il terreno e le case ; e già fin dal 1650 era , si può dire, completa quella rete di fogne che funziona anche oggi. Di queste opere salubri i benefisi furono allora come sempre evidenti. Roma, cioè, da quei tempo fu relativamente salva dalle terribili pestilenze che desolavano altre città, e la popolazione sua, che ancora nel 1517 era di soli 88,000 abitanti, risaliva a 109,729 nel 1600, a 141,781 nel 1700, a 226,222 nel 1800.

Gran peccato fu che neppur una delle terme venisse riaperta: il Rinascimento igienico sarebbe stato classicamente perfetto.

In tutta questa gloriosa epoca italica, anche la scuola medica risorse, e vi mantenne un primato e una geniale impronta. Imperocché mentre seguendo le orme del padre della medicina occidentale, Ippocrate, gli autori si preoccupavano più specialmente della minuta ed egoistica igiene individuale, qui a Roma invece floriva tutta una scuola d'igiene pubblica, o, come diciamo oggi, sociale; e l'acqua, l' aria, gli alimenti, la profilassi delle malattie popolari' furono i prediletti e ban discussi temi di pregevolissime opere chie possiamo leggere ancora con interesse.

Citerò sommariamente, per ordine cronologico, i più illustri campioni di questa scuola romana d'igiene sociale, ne' secoli XVI e XVII, e le opere loro; Alessandro Petronio, De A. qua Tiberina, 1552; Gio. Batt. Modio, Il Tevere, 1556; Andrea Bacci, Del Tevere e della natura e bonta dell' acqua, 1558; Do menico Gagliardelli, De purgandis viis Urbie et de Aquae Felicis qualitatibus, 1590; Marsitario del 1893, la migliore difesa contro la pe-lio Cagnati, De romani aeris salubritate,

1599, Vincenso Alsari Croci, riconosciuto fondatore dalla meteorologia medica, professò nel Collegio Romano nel 1612; A lessandro Petronio, De victu Romanorum et de sanilate tuenda, 1681; Luca Antonio Porsio, il noto fondatore dell'igiene militare, inseguo medicina in Roma nel 1672; Girolamo Gastaldi, Traciatus de avertenda et profliganda peste, 1694;

Riserbandomi d'illustrare la vita e le opere degli altri, credo oggi opportuno intrattenermi sull'ultimo, sia perchè fu di mente elettissima, di energia indomita, di curaggio esemplare, sia perchè il trattato ch'egli scrisse potrebbe anche oggi far testo, ed anzi ora che la pestilenza bubonica infierisce nell' India e minaccia, a traverso il canale di Sues, le nazioni mediterranee, può dirsi di attualità.

Questa pestilenza s'è, per fortuna, con volger degli anni attenuats. In Europa la sua ultima tappa fu nel 1841 a Costantinopoli. Nell' Italia in questo secolo apparve soltanto come lieve epidemis, nel 1815, a Noia, nella Puglia. Nel secolo passato se n'era avuta una sola circoscritta per quanto flera, invasione, nel 1748, a Messina. Però nel secolo XVII fu un tal flagello che ne dura ancora la triste memoria. Basti ricordare che nel 1680 ne morirono:

> a Milano 86,000 a Venezia 60,000 a Mantova 50,000

In quest' anno si arrestò nell'Italia superiore. Ma nel 1656 invase anche l'Italia insulare, inferiore e media, accidendo:

a Genova 60.000 a Napoli 400,000

(circa la metà della popolazione),

a Roma 14.478 soltanto! Di così mite strage, che s'ebbe qui, il merito spetta alle già compite opere di risanamento urbano, ma ne tocca sensa dubbio moltissimo al Gastaldi, che, essendo monsignore, fu l'anima della « Congregazione di sanità, » istitusione sul tipo dei « Provveditori della sanità » a Venezia (1485) e degli « Ufficiali di sanità » a Firenze (1522). Auzi egli tu nominato addirittura commissario generale di sanità, ed ebbe, come oggi diremmo, i pieni poteri per la guerra contro la peste che dalla Sardegna passava a Napoli, e da qui entrando per Nettuno minacciava Roma.

Divenuto poi cardinale di Bologna, scrisse il suo trattato corredandolo di documenti, di tavole e di figure, come oggi non potremmo far di meglio, e per ciò analizziamolo brevemente, più che per

erudizione, per istruzione nostra. Incomincia dal constatare non esservi contro la peste rimedio migliore del prevenirla; cioè artis medicae adversus pestem imbecillitas o-

- stenditur; et germana methodus avertendae et profligandae pestilentiae felici eventu Romae
- comprovatur: > proclama dunque l'igiene superiore alla medicina curativa; assioma questo che ancora non è abbastanza riconosciuto e messo in pratica.

profilattics, recconta come i primi provvedimenti che prese farono:

Interrotto il commercio coi luoghi infetti; espurgatorio, diremmo oggi stabilimento di disinfezione, per la corrispondenza che veniva da

Napoli, fuori porta San Giovanni;

guardie sanitarie a tutte le porte, e relative stazioni di osservazione dei viandanti;

obbligo del foglio di sauità da rilasciarsi dal magistrato del luogo d'onde il passeggiero veniva, e senza il quale in città non si entrava, pena castighi severissimi;

catena trasversa da una sponda all' altra del Tevere, a valle della città, per impedire l'ingresso della via di flume, e relative stazioni di vigilansa ;

pulizia delle strade e delle cloache, accurata

ispezione dei nuovi acquedotti.

Queste misure quarantenarie, secondo il solito, non impediscono al morbo d'entrare. E quindi appena sviluppati i primi casi, subito il Gastald-i organizza la campagna antipestilensiale nell'interno della città.

Nel casaletto di Pio Vimpianta l'ospedale per gli infetti, e nel vicino convento di S. Pancrazio, fuori l'omonima porta, il luogo di osservazione pei sospetti. Crescendo il numero dei casi, organizza un altro ospedale per gl'infetti in un luogo centrale ma segregato, cioè nell'isola di S. Bartolomeo, ov'è oggi l'ospedale dei Fatebenefratelli, ed egli stesso v'entra a dirigerlo; mette in quarantena la parte inferiore del Trastevere, che era la più infetta; segrega le case infette o sospette mettendo sulla porta una targa con la scritta «Sanitas, » pena di morte a chi la toccasse o a chi, non addetto al servizio sanitafio, vi entrasse o ne trafugasse gli oggetti; impone a tutti i sanitarli ed ecclesiastici l'obbligo della pronta denunzia dei casi, pena la vita ai trasgressori; e per raccogliere le denunzie tiene aperti giorno e notte speciali uffici regionali. Per evitare accumulo di gente sospenie le sedute dei tribunali.

Provvede l'allattamento arficiale, con latte di

capra, ai bambini infetti o sospetti.

Vincendo l'usanza di seppellire i morti nelle chiese, ed essendo quasi sacrilegio ogni altra sepoltura, il Gastaldi tuttavia, benche monsignore, non si lascia vincere da questo pregiudizio, e pensa al trasporto dei cadaveri infetti e sospetti e all'inumazione loro in un cimitero provvisorio, nei prati di Castel S. Angelo, ove ordina che le fosse siano altissime e profondissime.

Inpianta due espurgatori, oggi diremmo stabilimenti di disinfezione, l'uno fuori Porta Portese, l'altro fuori Porta Flaminia, per disinfettare oggetti e panni appartenenti a sospetti od in-

Scoppia intanto l'epidemia nel quartiere israelitico. E mentre gli ebrei sono altrove perseguitati come untori, il nostro monsignore invece offre loro tutti i soccorsi necessarii, ed allestisce entro il Ghetto due ospedali, uno per gli infetti, l'altro pei sospetti, oltre ad uno speciale espur-Venendo poi a ridire giorno per giorno l'opera l'gatorio. E si consola poi che il morbo qui si distingue per una mira, pro angustiis loci ac incolarum multitudine, mortuorum parvitate. Oggi
in verità cessa la meraviglia per noi che sappiamo come in mezzo alle pestilenze dei cristiani
per merito della religione mosaica, ad eccellenza
igienica, siasi dovunque salvato il popolo di
Israele.

Ad onta di così utili provvedimenti, non arrestandosi iz pestilenza, il Gastaldi permette solo, con ispeciali cautele, la compra e vendita di panni; provvede alla polisia sanitaria più diligente dei mercati di commestibili; dentina l'ospedale della Consolazione pei casi che si sviluppano a S. Spirito e a S. Giacomo; severamente proibisce asportare oggetti, panni, mobili, dalle case infette o sospette; nelle Carceri Nuove, allora appena appena fabbricate, mette su un magnifico ospedale di quarantena pei convalescenti con relativo bagno all'ingresso e alla uscita; proibisce per evitare contagi, feste religiose; apre due ospisi pei mendicanti, che vagando per la città poteve no trasportare il morbo; le varie ordinanze di sanità raccoglie in opuscoli di propaganda pro sanitate tuenda; nei prati di S. Paolo apre un nuovo cimitero per inumazione: stabilisce tre nuovi espurgatori, uno nelle Terme Antonine, un altro a Porta S. Paolo, un terzo pre 380 la Madonna del Sole, Quelliche già c'erano non bastano e non bene sterilizzano i panni delle case infette; ricorre quindi alle folloniche o invalche, in uso per disgrassare e pulire i panni di fabbrica, e ne impianta lungo il flume Almone e a S. Gregorio, e per compiere le disinfezioni concede impunità a quanti occultano panni ed oggetti dei malati.

Nuovi locali pei sospetti apre nei vicini conventi di Sant' Eusebio, San Giuliano e San Vito sull' Esquilino; da qui i malati s' inviano all'ospedale di San Bartolomeo all' isola Tiberina, e i guariti alle quarantene di convalescenza presso le Carceri Nuove.

Infine procede all'espurgazione (disinfezione) delle cese infette o sospette, ed obbliga di esporre all'aria e al sole tutte le suppellettili dei malati, anche dopo espurgate.

Dopo 2 anni di questa memoranda lotta profilattica, l'epidemia era domata, e il nostro eroe poteva, con ben meritata compiacenza, scrivere: Pestilentia multo minus Romam quam alias urbes longe... frequentiores afficcit, el intra terminos mediocris mali se continuit.

> E come quei che con lena affannata Uscito fuor del pelago alla riva, Si volge all'acqua perigliosa e guata,

così il Gastald'i si ferma a ricostruire mirabilmente sulle osservazioni del passato quella che oggi diremmo l'epicrisi del morbo.

Egli, e lo dice con orgoglio siegue, pur non essendo medico la scuola del grande Fracastoro, che per primo scoperse e divulgò la dottrina dei contagi, e quando molti medici fantasticavano corrusioni d'aria, malefizii di demoni, influssi di meteore o di comete, egli dimostra la contagiosità della peste bubonica.

E' interessante riportare, in poche parole, le prove con le quali corrobora la sua tesi francamente, nettamente contagionistica:

1. Importazione del morbo dalla Sardegna a Napoli, da Napoli a Nettuno, da Nettuno a Torre San Lorenzo, e da qui dentro Roma, sempre per mezzo di panni infetti che disseminano il morbo:

2. Dei due paesi vicinissimi, Marino e Castelgandolfo, sotto lo stesso cielo, eppure il primo fu desolato dalla peste, il secondo rimase immune:

8. Immunità dei conventi, monasteri, orfanotroffi, carceri, e delle stesse case, gli abitanti delle quali si isolarono;

4. Quando la peste era penetrata in città, per opera della profilassi anticontagionistica suddetta, fu dapprima compressa, poi scemata, indi estinta; e perciò nessun miglior rimedio che guardarsi dalle persone e dalle cose infette.

E ad onor della nostra scuola e del nostro insigne autore va ricordato ch' egli, il contagio lo credeva vivo, e difatti parla chiaramente di semi contagiosi che somiglia alle particelle attivissime del lievito di birra, che per quanto se ne toglie si riproduce e rigenera la fermentazione.

Quale intuito della odierna teoria delle cause

morbigene viventi!

E due attri principii epidemiologici fondamentali che si credono moderni, egli nettamente sostiene; cioè che il contagio non basta; necessita anche la predisposizione degli organismi; e che per organizzare una razionale ed efficace profilassi occorre conoscere la natura della pestilenza, e le sue cause e le vie di diffusione, i primi eintomi del morbo.

Con questa dottrina, con questa fede contagionistica, avvalorate dalla vittoria, egli pensando alle molte migliaia di morti, nello stesso anno, in Napoli e in Genova, esce in questo detto memorabile, che meriterebbe d'essere scolpito nell' ingrasso d'ogni scuola medica:

Quam sane ingentem stragem moderari po terat humana diligentia, si citius contagium
 sensisset, et, ut primum sensit, serio de reme dio providisset!

Che se l'opera del Gastal di appare già così grande nelle poche linee generali come l'ho traccia: a, diventa addirittura meravigliosa se si analizza da vicino, ne' suoi minuti particolari, che non solo dalle numerose tavole di figure, ma altresi dai 245 bandi o editti o istruzioni di sanità, emessi durante la campagna antipestilensiale, si possono chiaramente rilevare.

Non volendo e non potendo andar per le lunghe, accennerò soltanto le istruzioni per gli espurgatori degli oggetti degli appestati, e per ri-

purgare (disinfettare) le case infette.

Ogni espurgatorio d'allors, come oggi ogni ben organizzato stabilimento pubblico di disinfezione, era diviso in due parti nettamente separate: l'una (purgatorio brutto) per gli oggetti immondi; l'altra (purgatorio netto) per gli oggetti disinfettati. Gli oggetti inutili o di poco presso si bruciavano; gli altri o si lavavano in caldaia d'acqua bollente, o si tenevano in vasche o canali d'acqua corrente; e poi o venivano sparsi e messi al sole, oppure esposti ai fumi di piante o di profumi aromatici, cioè

Ragia di pino libbre 5
Pece greca & 5
Incenso & 1

ovvero di legno di quercia o di cerro o di faggio; e poi, per ridare un buon odore ai panni, al fumo di coccole di ginepro, di alloro, ambra gialla, ecc.

Oltre questi che anche oggi riconosciamo per disinfettanti, faceva usare latte di calce o lisciva di cenere, del valore antisettico delle quali sostanze siamo oggi sperimentalmente convinti.

E con la massima chiaressa precisava come adoperare, e per quali oggetti specificatamente, idiversi messi e modi di disinfezione.

In tre degli espurgatorii, messi a bella posta lungo corsi d'acqua, v'era inoltre il nettamento meccanico per opera dello sfregamento e sciacquatura in acqua corrente, a traverso i legni alternativamente mobili delle folloniche, delle quali aggiunse, per maggiore esattenza, chiarissime incisioni in rame.

Per la disinfezione delle case era organizzata, come oggi nelle grandi città, una speciale squadra di disinfettatori, pei quali era obbligatorio, come oggi, un abito speciale, guanti compresi, e con la bocca e le narioi protette. La disifezione era fatta col fumo di resine o di legna per 2-8 ore (oggi noi la faremmo per qualche ora di più, fino a 86 ore), e poi con latte di calce nelle latrine, acqua o latte di calce pei muri e pei pavimenti, trasportando gli oggetti disinfettabili agli espurgatorii, come oggi non sapremmo far meglio.

Col capitolo 140 il nostro mirabile autore da termine alla sua opera colossale, dettando le regole di polizia sanitaria (egli dice: rimedii politico-legali) contro le pestilenze contagiose.

Tralascio di ricordare le misure, che d'ordinario falliscono, per tener lontano il contagio, e dirò come egli insiste molto sull'obbligo che, in tempi di epidemia, hanno le autorità di restare sulla breccia per invigilare e provvedere. È quanto a misure per reprimere il morbo, egli nettamente enumera per ottenere l'isolamento:

- a) Denunzia obbligatoria dei casi;
- b) Luoghi di osservazione pei sospetti;
- c) Ospedali per gli infetti, in luogo isolato, non però molto distante, con molt'acqua e varie divisioni o separazioni dei malati;
 - d) Luoghi di osservazione pei convalescenti;
 - e) Isolamento dei mendicanti :
- Chiusura di tribunali, proibizione di feste di chiesa, per evitare accumuli di popolo;
 - g) Vigilanza dei mercati e delle merci;
 - h) Isolamento delle case infette.
- Quanto alla disinfesione, egli prescrive:

 a) Sterilizzazione degli oggetti immondi in appositi stabilimenti, o espurgatorii;
 - b) Disinfesione delle case colpite;

c) Sepoltura per inumazione profonda. Che cos' altro potremmo oggi fare di più e di meglio?

E tanta è la fede in queste misure d'igiene sociale, che il Gastal di solo per ultimo e di sfuggita accenna, al contrario di molti medici d'allora e dei due secoli dopo, alle norme d'igiene individuale!

Ed io ho voluto riporre in luce un periodo così glorioso come sconosciuto di storia della scuola medica romana, per dimostrare quanto siamo ancora in giù dall'altissimo posto che avemmo, e per trarre dall' esempio degli avi l' auspicio e la lena per promuovere nella scienza e nella pratica quella civiltà igienica che oggi, dopo l'epoca del Rinascimento, ritorna a dare l' impronta geniale e i umana ai tempi nostri» (La salute, pubblica, gennaio 1397 ed il Policlinico (sup.).

VARIETA'

Composizione dell'aria atmesferica

Secondo il Le du c la composizione dell'aria atmosferica sarebbe volumetricamente ed in peso così rappresentata:

A soto	in v ol.	75, 5 ;	in peso	78,06
Ossigeno	>	28,2;	•	21 —
Argon	•	1,8;	>	0,94
		100		100

Il numere dei rimedi naevi

Ormai non si contano più. Figuratevi che un giornale tedesco di farmacia, solo nel secondo trimestre dello scorso anno, ne ha contati fin 117.

Rabbia e museruela

Si sa che la Germania non ha voluto saperne di cura antirabica, riponendo la massima fiducia, la sola fidul cia nella museruola. Se in ciò sia troppo esclusiva la nostra alleata, non è qui il caso di discutere, ma ecco una statistica che è ben convincente.

In Inghilterra per una legge severa che imponeva l'obbligo della museruola ai cani, si vide scemare notevolmente la cifra dei casi di rabbia; così da 312 nel 1889, epoca in cui fu promulgata la legge, essi scesero nel 1892 a 38.

Ma poi gli soofili inglesi si agitarono e fecero si che la legge fosse modificata e tolto l'obbligo della museruola: ebbene i casi di rabbia cominciarono subito ad aumentare, così che salirono a 98 nel 1898 (in cui la legge fu modificata). a 248 nel 1894 e finalmente a 672 nel 1895.

Il numero dei medici e delle scuele di medicina agli Stati-Uniti

Se in Europa v'ha una pleiade esuberante di medici, la situazione non è migliore nella giovane America. La Germania, la Francia, l'Inghi!terra, che contano rispettivamente un medico su 2000, 1800 e 1600 abitanti, si trovano troppo abbondantemente provvisti. Agli Stati Uniti, l'annuario medico-chirurgico di Pelk riporta che, in media, v'ha un medico su 618 abitanti.

Solo in 4 Stati vi è meno di 1 medico su 1000 abitanti; ma in 7 Stati vi ha 1 medico su meno di 500 abitanti.

Il numero degli studenti in medicina d'altra parte, cresce in una proporsione più rapida della popolazione stessa. Nel 1902-v' erano 18,000 studenti; nel 1894 più che 21,000; ora ve ne sono più di 28000.

Negli Stati Uniti vi sono circa 175 scuole di medicina di cui 120 regolari, 19 omeopatiche, 7 ecclettiche, 2 fisio-mediche, 12 di difficile classifica.

Si contane 8 scuole riservate alle donne (5 regolari, 2 omeopatiche, 1 eccletica).

In 8 altre scuole le donne sono anche ammesse e 4 sono esclusivamente destinate agli indigeni.

Per impedire il congelamento nei tubi di gas illuminante

Il fenomeno del congelamento nei tubi di gas illuminante oggidi si ritiene dipenda dal congelamento del bensolo e non dal congelamento e condensazione del vapore acqueo. All' uopo la « Deut. Cont. Gas Gesells » propose ed ottenne il brevetto per un metodo preventivo che consiste nel mescolare al gas illuminante, alla sua uscita dal gasometro, una determinata quantità di vapori d'alcool con cui si abbassa il punto di congelazione della miscela, senza alterare ne il potere calorifico, ne l'illuminante del gas. Senonche, cessando l'azione dei vapori di alcool dopo un percorso di quattro chile metri di conduttura, e quando il gas attraversa un contatore umido, bisogna ai contatori applicare un piccolo apparecchio che serva ad iniettare nei condotti i vapori di alcool.

Per ogni metro cubico di gas sono necessarii 5 gram. di alcool a 95° nei periodi medii di freddo, e 6 7 gram. invece nel freddo intenso.

Un precette di ginecologia spiritose

Lo riporta la « Médecine modèrne » ed è davvero originale. Eccolo: Collo duro come la punta del naso. punto gravidanza; collo molle come le labbra, gravidenza quasi certe.

FORMULARIO

Centre I deleri dell' uretra pesteriere

Invece dei suppositorii calmanti Scharff consiglia di iniettare nel retto cinque grammi di una delle se guenti soluzioni:

1) Cloridrate di morfina	centigram. 80
Solfato di atropina	< 1
Acqua distillata	gram. 100
2) Estratto di oppio	gram. 1,50
Estratto di belladonna	< 0.50
Acqua distillata	4 100).00

Nei casi in cui, oltre al dolore esista febbre, l'autore consiglia d'iniettare nel retto fino a 8 volte al giorno, 5 gram. della solusione s-guente:

Cloridrato di cocaina	8	ram.	1
Antipirina Salicilato di sodio) ana	•	10
Acqua distillata			200

Pedattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manicomio per 3600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marzo p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la Lenneralità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marzo.

Cattedre universitares

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Malono.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Sommano. — 1. Questioni scientifiche del glorno. I raggi di Boent gen nel presente e nell'avvenire della M. dicina. — 2. Bivista di Clinica. Clinica medica della Pietà in Parigi (prof. Jaccoud). I. Prognosi delle emottisi; II. Salicilato e reumatismo; III. Sulla natura infettiva di questo. — 3. Sieroterapia. — 4. Note terapeutiche. — 5. Rimedii nuovi. — 6. Il medico pratico. — 7. Formulario. — 8. Notisie.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Lovy-Dorn. — i raggi di R s e n t g c n nel presente c nell'avvenire della medicina.

Fin dal giorno in cui R o e n t g e n pubblicò la sua scoverta, i medici compresero subito la grande entità di essa, ed intuirono l'alta importanza che essa poteva avere per risolvere molte questioni importantissime della medicina. Ed in breve volger di tempo, è già apparsa una colluvie di lavori sopra quest' argomento.

Le conquiste, già registrate dalla scienza in questo campo, ci sono arra di più splendidi successi nell'avvenire.

Questo concetto, più che pura e semplice speransa, è oggi condiviso da tutti. Schjerning e Kransfelder, nonchè Levy-Dorn si stanno alacremente occupando di indagare in qual modo i raggi di Roent gen possano essere ulteriormente utilizzati nella medicina pratica.

E' indubitato che, in questi ultimi tempi, la rispettiva tecnica ha fatto progressi rilevanti, in quanto che oggi vengono prodotti raggi X di una intensità tale, come per lo passato ben di rado venivano prodotti.

Eppure, ciò malgrado, può dirsi che la intensità dei raggi non è ancora abbastanza grande. Le parti che questi raggi difficilmente attraversano, come il bacino, la regione dell'anca, la sezione lombare della colonna vertebrale, ecc., non danno sul diaframma una immagine evidente.

Il clamore, destato dalle asserzioni di Buka, di essere riuscito a produrre raggi X di una intensità straordinaria, era, sventuratamente, destituito di una base seria. E parimenti la speranza, prodotta dalla comunicazione di Winkelmann e Straubel, cioè di avere rece le piastre fotografiche trenta volte più sensibili, di ciò che erano precedentemente ai raggi di Boentgen, mercè l'aggiunta di spato fluore, è sfumata di punto in bianco. Nè parimenti ha trovato molta eco la proposta di perfezionare la tecnica fotografica e coadiuvarla con l'aggiunta di piastre fluorescenti.

Becker rese, per il primo, visibili organi cavi animali con l'introdusione di solusioni di un sale metallico. Più tardi fu constatato, che con l'insufflasione di aria, alcune cavità, come lo stomaco ed il crasso, vengono, più o meno, esattamente delimitate dalle parti circostanti. Secondo l'autore, è indubitato che con questo processo si ottengono immagini più evidenti; però, i contorni non sono abbastansa precisi.

L'autore è stato uno dei primi a sperimentare la introduzione nella bocca, nella faringe e nella vagina, di piastre al platino-cianuro di bario, le quali avevano una forma adeguata, e la massima estensione possibile. Constatò che, in tal modo diminisce il numero delle ombre, che vengono projettate sulle immagini delle rispettive regioni, e che l'immagine può essere resa più esatta, avvicinando la piastra all'oggetto. Benchè questo metodo non sia stato ancora sviluppato su tutti i riguardi, certo è che esso, per la esplorasione delle parti limitrofe alle cavità, dà risultamenti superiori all'ordinario metodo di esame.

Nella casuistica occupano ancora un posto eminente le comunicazioni circa il constatamento di corpi estranei mercè i raggi di Roentgen.

Brissaud e Londe, Eulenburg, Scheier, hanno riferito casi, nei quali furono schiagrafati, durante la vita, projettili nella capsula cranica, nel cervello. Anche Levy Dora in qualche caso ha potuto fare osservazioni consimili, le quali confermano quello degli autori sopra cennati.

Con i raggi X si riesce, per lo pit, a vedere agavolmente i corpi estranei, allogati nella faccia, nel collo e nel petto. In questi ultimi tempi l'attenzione si è rivolta prevalentemente ai corpi estranei nell'esofago. Così, p. es., ci basta dire, che Péan e Raw videro nei bembini, mercè i raggi di Roent gen, monete ingojate, che furono poi felicemente estratte. White potette, in base ad uno schiagramma, asportare dallo stomaco, con l'operazione, un pessettino di metallo. Miller e Reid videro un denta artificiale (ch' era stato ingoiato) a livello del sesto e del settimo spazio intercostale. Pioch vide un ago da tappessiere nel polmone. Volendo giudicare, in base alle relazioni finora esistenti nella letteratura, devesi trarre il corollario, che finora i raggi di Roent gen sono stati ben poco adoperati per constatare la presenza di corpi estranei nella colonna vertebrale, nell'addome e nel bacino.

Non ha guari, si leggeva nel Lancet, che si era riuscito a scovrire un botto le di Murph y nell'addome.

Sono note le svariate ricerche, fatte nell' intento di utilizzare i raggi di Roen t gen, per

accertare le condizioni del sistema osseo ed articolare. Benchè su tale riguardo le opinioni degli autori non sieno assolutamente concordi fra loro, certo é che già sono stati conseguiti notevoli progressi anche in questo campo. Geissler, in vero, ha voluto ultimamente sostenere, che, per i chirurgi esperti, la diagnosi ed il piano dell'operazione non verrebbero facilitati da tali schiagrammi. Ma, nello stesso Congresso in cui Geissler espresse tale opinione, il Kümme ll riferi alcuni fatti, che erano in assoluta contradizione con l'opinione del Geissler. In fatti, Kümmell descrisse focolai ossei di natura tubercolare, tifosa e sifilitica, che egli era giunto a scovrire mediante i raggi X. Quanto ai processi osteomielitici, è difficile, per ragioni ovvie a comprendere, accertarli con questo metodo. Invece, i processi tubercolari danno immagini peculiari, benchè queste non sieno molto facili ad interpretare, quando si tratta di grosse articolazioni. In questi ultimi tempi, Noble-Smith ci ha mostrato un interessante schiagramma di una carie delle vertebre del collo. Anche le fratture ossee, per lo più, possono essere riconosciute senza difficoltà.

Su tale riguardo l'autore condivide pienamente il parere di O b e r s t , il quale ha dimostrato , che talvolta si riesce pure, con i raggi X , ad accertare lo spostamento nelle fratture della sezione cervicale della colonna vertebrale e del collo del femore.

Qualche cosa di simile è occorso anche all'autore, il quale in un caso di frattura del radio, guarita da breve tempo, dietro insistenze dell'infermo che accusava sempre leggieri dolori, esegui l'esame con i raggi X, e scovri un leggiero spostamento, che fu rimosso con un lieve aumento della supinazione.

Secondo l'autore, nei non rari casi, in cui è dubbio se trattisi, o meno, di una frattura, si dovrà ricorrere al nuovo metodo di esame, dal quale spesso si trae il vantaggio di poter risparmiare all'infermo una medicatura immobilizzante, e quindi metterlo più rapidamente al caso di lavorare. E benchè si debba convenire che le fratture, poco riconoscibili con i metodi di esame finora seguiti, soventi non vengono constatate in modo ben distinto con i raggi di Roentgen, pure, in mancanza di meglio, è opportuno adoperare ed utilizzare al massimo grado possibile, il nuovo metodo di esame.

In quanto alle articolazioni, la nuova scoverta promette, secondo l'autore, di trarne rilevanti vantaggi, essendo già fin da oggi, possibile, malgrado la forte tumefazione delle parti molli, di riconoscere le lussazioni, finanche delle grandi articolazioni. Wolf ha dimostrato, che col sussidio dei raggi Roentgen si può stabilire,

con certezza la diagnosi di lussazione dell'articolazione coxo-femorale, e darci una norma per
accertare se sia possibile o meno la sua riduzione. Se una lussazione congenita dell'articolazione coxo-femorale possa essere rimossa per via
cruenta od incruenta dipende dal fatto, se vi
sia o meno una cavità articolare utilizzabile. I
raggi di Roent gen possono, più che non
qualsiasi altro mezzo, illuminarci sul proposito.
In un caso, occorso all'autore, furono fatti molti
tentativi di riduzione incruenta, ma senza alcun
risultato. L' autore, in base ad uno schiagramma, accertò l' esistenza di una cavità articolare.
Il tentativo di riduzione, eseguito con grande
energia, fu coronato da un risultato favorevole.

Secondo l'autore, nell'avvenire, i raggi Roent-gen debbono essere utilizzati anche nelle deformità e negli incurvamenti, che sono accessibili ad una cura, perchè con essi possiamo valutare, molto più che non con i metodi precedenti, l'influenza che potranno avere i nostri tentativi di guarigione. Vero è, che spesso è difficilissimo interpretare le rispettive immagini. Ad ogni modo, già su tale riguardo si è conseguito qualche risultato, e basta segnalare glisplendidi lavori di Vulpius, Joachimsthal e Barwell, i quali costituiscono un vero progresso scientifico.

Inoltre, l'autore è convinto, che nello studio delle affezioni ossee, i raggi Roentgen, nell'avvenire, saranno utilizzati molto più di ciò che sia stato fatto oggi. Questo nuovo processo può essere bene utilizzato specialmente nell'artritide urica, in cui per la prognosi si potrà ottenere un dato rilevante, constatando se sieno già avvenute depositi di sali calcarei. In un giovine, affetto da esostosi multiple, l'autore, mediante l'esame con i raggi Roentgen, riuscì ad accertare il quadro tipico di una rachitide, al quale precedentemente, nessuno dei medici che l'infermo aveva consultati, era ricorso col pensiero.

In questi ultimi tempi, i clinici hanno rivolto la loro attenzione, specialmente agli organi della cavità toracica, e, su tale riguardo meritano di essere ricordate con lode sopratutto le ricerche che furono eseguite dal Max - Levy, le quali apportarono un progresso considerevole. Oggi, ci è già possibile distinguere i polmoni, il cuore ed il diaframma. I grossi tronchi vasali, d'ordinario, non appariscono nettamente, essendo nascosti dallo sterno e dalla colonna vertebrale. Le contrazioni del cuore possono essere ben vedute in un certo numero di casi; in altri individui ciò non riesce anche quando il polso sia molto robusto; più difficile riesce ancora di osservare il movimento dei vasi, sopratutto in modo da fare escludere che si tratti di un movimento comunicato. Ad ogni modo, già fin da

ora si può trarre, dagli schiagrammi, qualche utilità per la diagnosi di malattie interne.

In alcuni casi il nuovo metodo di esame può dirsi addirittura indispensabile. Così per es., in alcuni casi di enfisema polmonale, nei quali la percussione non ci fornisce chiarimenti esatti, spessissimo riesce facile determinare il volume del cuore con i raggi X. Oltre a ciò, l'autore crede, che l'esame con questi raggi possa riuscire molto utile nei casi di focolai tubercolari centrali del polmone, come pure quando non è possibile praticare la percussione a causa delle condizioni in cui si trova l'infermo (emottisi). Bouchard tiene minutamente parola di essudati pleurici osservati con questo metodo. Egli fa rilevare, che uno dei suoi pregi, rispetto alla percussione, consiste nella possibilità di determinare, a colpo di occhio, i limiti dell'essudato, e riconoscere agevolmente la convessità in direzione del mediastino.

Benedikt si è occupato minutamente, del cuore e dei vasi nell'esame con i raggi Roentgen, ed ha constatato che negli individui sani la punta del cuore può essere sempre facilmente distinta dal diaframma. e propriamente nel bambino più che nell'adulto. Quando l'attività cardiaca è alterata (insufficienza e stenosi della mitrale), egli vide un movimento ineguale delle due metà del cuore.

Biassumendo: le condizioni patologiche degli organi della cavità toracica, che possono essere riconosciute all'esame con i raggi X, sono le segnenti: inspessimenti di qualsiasi specie dei polmoni (infiltrazioni. calcificazioni, tumori); caverne, retrazioni e dilatazioni del polmone; tumori mediastinici, come per es. inspessimento dell'aorta; anomalie nel volume, sede, posizione e movimento del cuore; livello e movimento abnorme del diaframma.

Quanto agli organi addominali, il fegato può essere facilmente riconosciuto. Il suo margine superiore apparisce nettamente, quello inferiore indistintamente; spesso, specialmente nei bambini, si vede la milsa, ma per lo più soltanto la parte anteriore. Lo stomaco e l'intestino, quando sono riempiti di aria, risultano chiaramente rispetto alle parti circostanti. Il rene talvolta è appena accennato. In questo campo la Patologia non ha ancora raccolto molti frutti. Tuttavia, dalla relazione di Macintyre risulta, che qualche volta si è riuscito a dislinguere, sullo schiagramma, il rene infermo di calcolosi da quello sano, e quindi si è potuto operare con successo.

Finora con i raggi di Roentgen non sono stati mai veduti calcoli biliari in sito.

I muscoli, com'è noto, possono essere facilmente veduti con i raggi di Roent gen. Il Benedikt riferisce che egli, in un caso, vide nettamente an modulo carcinomatoso dello sterno-cleido-mastoideo. Tuttavia, a quanto pare, nella Letteratura non sono stati registrati altri casi, in cui, tumori esistenti nei muscoli, furono scoverti con i raggi X.

L'Ostetricia e la Ginecologia non hanno tratto alcun vantaggio dalla scoverta di Roent gen. Non pare sia stato fatto ancora il tentativo di determinare i bacini ristretti col sussidio dei raggi X.

Tuttavia, l'autore crede che in questo campo non si tarderà ad ottenere buoni risultati. L'utero gravido delle donne ha finora resistito os'inatamente alla radioscopia Per contro, negli schiagrammi di piccoli animali pregnanti e dell'utero gravido estirpato, si sarebbe riuscito a riconoscere con evidenza i feti.

Neppure la Terapia ha potuto trarre qualche vantaggio dalla nuova scoperta. Quanto all'assersione di alcuni autori, che i raggi X potrebbero essere bene adoperati per la depilazione, non pare sia stata ribadita dai fatti. Nè si è potuto ancora dimostrare che questi raggi agiscano sulle culture di microrganismi analogamente alla luce solare. Lortet e Genoud hanno inoculato pessettini di milsa tubercolare alle cavie, ed avrebbero constatato che non si producevano ascessi, quando gli animali venivano esposti ogni giorno, per un'ora, ai raggi di Roentgen. Però, questi risultati non sono stati ancora confermati da altri.

Considerando, gli splendidi risultati che in poco tempo si sono ottenuti da questa scoverta, e considerando altresi che tutti i giorni si lavora per perfesionare la rispettiva tecnica, si può contare che, fra non guari, aumenterà il numero dei casi, in cui i raggi X potranno arrecarci il più valido sussidio diagnostico (Deutsche medicinische Wochenschrift, n. 8, 1897).

Meyer

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica della Pietà in Parigi [Prof. Jaccoud]

- i). Prognesi della emettisi; ii). Salicilato e reumatisms; iii). Salia natura infettiva di questo.
- I) Un uomo trentaduenne fu accolto in ospedale per una emottisi datante da pochi giorni, la cui natura tubercolare è indiscutibile in prima a causa dei suoi antecedenti personali e poi pei fenomeni dati dalla ascoltazione da qualche tempo, fenomeni per vero poco accentuati, ma che rivelano l'esistenza d'una tubercolosi incipiente. L' istoria di questo infermo sarebbe inutile a riportare se non fosse in lui accaduto prima un incidente che solleva una questione di difficile interpetrazione,

Oiuque anni addietro, di notte, mentre dormiva, fu colpito, senza causa apprezzabile da emottisi abbondante.

Ed allora bisogna domandarsi se questa era l'espressione di una tubercolosi polmonale già esistente, oppure se essa fosse primitiva, sens'alcun rapporto con la tubercolosi. Jaccoud, accetta sensa esitare quest'ultima opinione, fondandosi sopra tutto sul fatto che anche attualmente le lesioni polmonari sono poco accentuate per poter supporre che esse rimontino alla data della prima emottisi (5 anni).

Nella questione della natura delle emottisi tanto a lungo dibattuta, Jaccoud si attiene alla dottrina antica, secondo la quale non solo l'emottisi non deve essere sempre considerata come l'indisio di una tubercolosi già esistente, ma può esiandio non avere alcun rapporto con essa.

Sono emorragie flussionarie, irritative, che possono ripetersi e scomparire senza avere alcun rapperto con la tubercolosi.

A questa questione se ne rannoda un'altra non meno importante: cioè se un'emottisi prima possa essere il punto di partenza di una tubercolosi ovvero se la phiisis ab hemoptose di Morton sia una realtà.

Orbene, Jaccoud l'ammette. Questi fatti possono essere interpetrati diversamente, ma essi esistono; e non è raro vedere persone robuste, senza antecedenti, diventare tisici in seguito ad una emottisi.

Gli antichi in tali evenienze consideravano il sangue stravasato come un agente irritante; e per vero è la pneumonite quella che serve da intermediario tra emottisi e tubercolosi, la quale trova un terreno favorevole per germogliare quando il polmone ha cessato di essere intatto.

In tali casi la polmonite presenta il suo aspetto abituale, ma la risoluzione locale non accade, anche quando lo stato generale migliori.

In un infermo del reperto, seguito giorno per giorno, si videro i rantoli persistere mentre lo stato generale era andato modificandosi. Par 7-8 settimane non si rinvennero più bacilli e si credette quasi completa la guarigione, quando poche settimane appresso furono rintracciati abbondanti bacilli nello espettorato.

Si può dunque conchiudere che l'emattisi, per l'intermediario di un processo pneumonico può essere la causa della tubercolosi, perchè essa lascia modifiche nel terreno che quindi non è più refrattario alle infesioni bacillari. In questo senso bisogna intendere l'influenza dell'emottisi ed è

per ciò che in presenza di un individuo colpito in tal modo, la principale cura deve essera quella di determinare se la emottisi fu o non seguita da un processo pneumonico. Per tale determinazione Jacco u d propose diversi caratteri.

Innanzi tutto se l'emottisi non è accompagnata da alcuno elevamento di temperatura per 15 giorni, v'è tutta la probabilità che la pneumonite non si manifesti. Una volta terminato il raptes l'infermo si rimette rapidamente e l'esame dei polmoni è negativo.

Potrà benisseimo prodursi un'altra emottisi più tardi, ma si può essere sicuri che la prima non sarà seguita da tubercolosi. Un altro elemento pronostico è basato sul molo di terminazione dell'amottisi.

Questa può in fatti terminare in 8 maniere differenti. Il sangue può fino all'ultimo espettorato restare rosso ed aerato; può diventare nero 1-2 giorni prima che cessi di essere espulso ed essere misto solo a saliva; finalmente gli espettorati neri fini icono per essere mescolati a macosità vischiose.

Nel 1º caso il sangus non è penetrato nelle parti profonde ed è emesso immediatamente; non si ha reliquato sanguigno nei bronchi e la prognosi sarà favorevolissima. Nel 2º caso il sangue sarà penetrato ed avrà soggiornato nelle terminasioni bronchiali; può aversi reliquato, ma se gli altri sintomi sono favorevoli la prognosi non può esser sensibilmente modificata. Finalmente nel terzo caso l'associazione del sangue nero con mucosità, implica un processo inflammatorio e si vedranno quasi sicuramente svilupparsi i sintomi fisici del processo pneumonico.

La prognosi generale di queste emottisi è dunque melte variabile e dipende, sopratutto, dall'invasione del processo pneumonico; può darsi che questo guarisca e sia seguito dalla restitutio ad integrum, ma ciò è rarissimo e per ciò non può tenersene conto poichè questo focolaio, più che ogni altro, è terreno favorevolissimo allo sviluppo del bacillo specifico.

II) Jaccoud ha da lungo tempo messo in evidenza i gravi inconvenienti che può dare il salicilato sodico nella cura del reumatismo articolare acuto, specie quando questo ha localizzazioni viscerali. Esso non selo non guarisce queste manifestazioni, ma può benissimo provocarne altra

Tale medicamento, pare favorisca gli accidenti cerebrali del reumanismo.

Quindi, bisogna sospendere l'uso appena si vede

sopraggiungere un pò di delirio, senza aspettare che la disgnosi di reumatismo cerebrale sia evidente; questa soppressione s'impone anche quando tale delirio sia di natura alcoolica od isterica, o provenga da un'intossicazione.

Lo steese dicasi pel gruppo (molto più importante per la sua frequenza) delle localizzazioni cardio polmonari. Fin dal 1877 Jaccou diece vedere come il salicilato abbia azione sui dolori, sulla febbre, ma non su queste localizzazioni. Orbene, esso, avendo una azione deprimente sul cuore, appena tali localizzazioni cardiache appaiono deve essere proscritto; persistendo nel auo uso si concorrerebbe a rendere il miocardio più vulnerabile.

Numerose statistiche dimostrane, d'altra parte, che il salicilato sodico non solo non guarisce queste localizzazioni, ma non le previene neppure. Fondandosi su queste nozioni è facile vedere quali sieno le indicazioni della corra salicilica.

III) Da quando il carattere infettivo della poliartrite acuta si è affermato, si è fatto molto più attenzione alle condizioni in cui tale affezione si origina ed allora si è veduto che, nel maggior numero dei casi, esso è preceduto da un processo locale qualsiasi, il quale può funzionare da porta d'entrata pel microrganismo specifico della poliartrite. Tra questi processi il più frequente ed importante è l'angina e, importante, si trovano precisamente sull'angina gli stessi microbi che si trovano nei tessuti che sono la sede della localissasione reumatica e specialmente lo stafilococco, il quale pare abbia in essa una parte non trascurabite.

Si può, adunque, considerare tanto il faringe che le amigdale, come porta d'entrata pel microbio del reumatismo; ma lo stesso può dirsi per ogni altro processo locale la cui se de può essere svariatissima.

Il microrganismo specifico della poliartrite acuta ci è ancora ignoto, ma l'assieme delle circostanze dimostra che essa è una malattia micrebica (e quindi infettiva) e che i microbii che la producono appartengono ad una stessa famiglia.

La natura infettiva del reumatismo, d'altra parte può, oltre che dalle prove batteriologiche, essere dimostrata da diverse prove dateci dalla clinica, ed in particolare, per la sua evoluzione, la sua capacità di diffusione ed anche dalla sua trasmissibilità intrautezina dalla madre al feto.

Questi fatti segnalati da Jaccoud fin dal 1887, sono solo al numero di due, ma molto dimostrativi. In un caso la madre, durante un accesso di reumat'smo si sgravò di un bambino, il quale 12 ore appena dopo nato fu colpito da febbre con dolore e gonfiore alle articolazioni, accidenti che cedettero all'uso del salicilato in capo ad 8 giorni.

Nel 2º caso, la madre si sgravò al 5º giorno dall'accesso reumatico poliarticolare; dopo 8 giorni il neonato fu colpito da accidenti articolari i quali durarono quasi 8 settenarii; la madre guari un pò più tardi.

Questi due fatti possono essere considerati ocme esempii evidentissimi di trasmissione intrauterina e sono una delle migliori prove che possano darsi per la natura infettiva della malattia (Journal de Med. et de Chir. pratiques, 10 febbraio 1897).

SIEROTERAPIA

Davies. — Sulfa cura del tumeri maligni sel liquido di Coley.

Nel decembre dello scorso anno, il Coley fece conoscere i risultati da lui ottenuti in 160 casi di tumori maligni, curati con le iniezioni ipodermiche del liquido che porta il suo nome, cioè con le tossine miste dell'erisipela e del bacillo prodigioso. Tali risultati, benchè non pienamente soddisfacenti, incoraggiavano ad ulteriori tentativi, ed il Davies ha voluto per ciò adoperare la detta cura nel caso qui sotto riferito.

Trattasi d'una donna di 58 anni, maritata, ebrea, tra i cui ascendenti si sono avuti diversi casi di carcinoma. La paziente fu osservata per la prima volta nell'anno 1898. Essa presentava allora, in corrispondenza del margine ascellare della mammella destra, un tumoretto grande quanto una nocciuola, duro, mobile, non interessante il tessuto ghiandolare. Fu proposta l'escissione, ma la paziente vi si rifiutò.

Due anni dopo, cioè nell'ottobre 1895, il tumore aveva acquistato la grandezza d' un uovo di
gallina, era distintamente nodulare, aderente alla
pelle ed assai poco mobile. La mammella destra
era molto tumefatta, specialmente la metà esterna di essa, dove la pelle era notevolmente indurita. Inoltre esisteva tumefazione delle glandule
ascellari e clavicolari, e nella regione ascellare
palpavasi una massa mal definita, aderente, la
quale manifestamente si estendeva sin sotto i muscoli pettorali.

Le condizioni non erano molto favorevoli ad un' operazione, e d'altronde la paziente ed i suoi congiunti erano recisamente contrari a qualun-

que intervento chirurgico. Si pensò allora di tentare la cura di Coley. Il 22 novembre si fece la prima inimione ipodermica, a distanza di circa un pollice dai tumore, dal lato eternale: la quantità di tossina mista adoperata fu di 6 centigrammi. Non si abbe alcuna reasione, all'infuori d' un leggiero arrossimento attorno al tumore. L'iniezione fu ripetuta il giorno 25, con la identica dose. Due giorni dopo si fece una tersa iniezione, adoperando 12 centigrammi di liquido di Coley. Si ebbero allora forti brividi, e tutt' intorno al tumore comparve una sona di arrossimento, larga un pollice, la quale persistè per circa 24 ore.

La temperatura si elevò a 68°,8, il polso a 90. La paziente presentò considerevole agitazione psichies. Questa inicalone fu seguita da una notevole diminusione dell' edema. Il 8 decembre si iniettarono 20 centigrammi di liquido di Coley, e si notarone solo leggieri brividi. Tre giorni dope, s' iniettarone 80 centigrammi nella parte basilare del tumore: si ebbero intensi brividi, vomito e diarres. Quattr'ore dopo l' iniezione, la temperatura era 890,1, il polso 140 ; intorno al tumore notavasi una larga zona d' arrossimento; le giandule sacellari erano dolenti alla pressione; la paziente era estremamente agitata. Nei giorni seguenti la temperatura oscillò tra 870,7 e 880,8, il polso tra 90 e 100; la pasiente mostrò spiccata inappetenza e sentivasi molto debole, Il 14 decembre si fece un' iniezione di 25 centigrammi , la quale non produsse alouna reasione. A partire dal principio della cura, il tumore non subl che un aumento leggerissimo alla sua base, ma le escresmante fungose che esso presentava nella sua superficie ulcerata, erano notevolmente aumentate.

Il tumore era diventato più mobile. L'edema era diminuito. Verso il 20 decembre, il tumore incominció a diminuir di volume alla sua parte centrale, per necrosi delle masse fungose e distacco delle medasime. La mammella però era più dura ed era ancor più aumentata di volume. Per opposizione da parte della famiglia non si fece alcun' altra inicaione sino al 28 decembre, nel quale giorno s' iniettarono 20 centigrammi di liquido di Coley, sensa avere alcuna reasione. L' 11 gennaio 1896, si constatò che il centro del tumore si era abbassato sin quasi a livello della superficie sans del torace. Vi era però aumento della parte marginale del tumore.

detto liquido, al che segui una violenta reazione, apepsia chimica dell'intestino.

cioà brividi , vomito e poi stupore e profondo sonno che perdurò fino al mattino seguente. Le iniczioni furono continuate, con intervalli di pochi giorni sino al 19 marso. Esse erano seguite quasi sempre da brividi , e spesso anche da vomito. Il tumore continuava ad estenderei in superficie, bauche lentamente.

In varie parti del corpo (fronte, paipebre, superficie estensoria dei gomiti e delle ginocchia), comparve un eczema, seguito da abbondante esfoliazione epidermica.

Non essendosi ottenuto dalla cura alcun reale vantaggio, le inicaioni furono del tutto amesse.

Nel decembre 1896, il tumore aveva acquistato un'enorme estensione, giacché arrivava sino all'angolo della suapola destra.

Il braccio era grandemente edematoso; le giandule ascellari e clavicolari erano assai voluminose, dure, dolanti.

La pasiente mori il 28 decembre. Non si fece autopsia; ma l'esame esterno dell'addome dimostrava l'esistenza d'un enorme ingrandimento del fegato, il cui margine inferiore arrivava fin quasi alla cresta iliaca.

Nel caso esposto, il valore della cura di C cl e y è stato pressochè nullo, quantunque da principio si sia forse avuto un certo rallentamento nelio sviluppo della neoplasia (The Lancet , 18 febbraio 1897).

Loddo

NOTE TERAPEUTICHE

Mathies.— La dispossia desdensia e esa oura.

Nel duodeno sboccano i dòtti escretori delle due ghiandole più importanti annesse al tubo enterico, la biliare e la paucreatica. Il succo pancreatico e la bile bastano per la digestione dei 8 ordini di alimenti di modo che, soppressa la digestione gastrica, la vita può benissimo mantenersi se queste 2 secrezioni sono sufficienti. Il succo enterico propriamente detto non ha sulla digestions che una influenza molto dubbia ed in ogni caso, minima.

Sarabbe, adunque, utilissimo conoscere bene le alterazioni del chimismo ed i disturbi digestivi dovati alla soppressione, alla diminuzione quantitativa od alle modifishe qualitative della bile e del succo pancreatico. Somma importanza, poi, avrebbe, per la cura degli stati dispeptici, il saper In tal parte s' iniettarono 25 centigrammi del riconoscere e precisare nelle sue modalità la di.

Sventuratamente quel che noi sappiamo è molto imperfetto; quasi nulla sappiamo relativamente alla cura da iniziarai per combattere la dispepsia epato-panereatica che si può più semplicemente chiamare dispepsia duodenale.

La bile emulsiona il grasso in maniera perfetta e stabile; essa trasforma in saponi alcalini facilmente assorbibili gli acidi grassi risultanti dallo sdoppiamento dei grassi per azione del succo pancreatico.

La sua presenza eccita inoltre tutte le funzioni dello intestino: favorisce l'assorbimento imbibendo il rivestimento epiteliale della mucosa, eccita la peristalsi riuscendo così un lassativo naturale.

Si riteneva che la bile avesse proprietà antisettiche ma ora è dimostrato uhe essa costituisce un terreno di cultura in cui possono vivere, sviluppare e prosperare le specie microbiche concsciute. La pretesa virtà antisettica della bile in realtà sarebbe dovuta alla lieve acidità del succo enterico. Nel succo pancreatico si trovano tre fermenti: l'amilolitico che trasforma l'amido in maltosio alla temperatura del corpo, sviluppando contemporaneamente tracce di destrina e glucosio; il proteolitico che ha azione solo in un mezzo alcalino o lievemente acido. La sua azione è sospesa quando quest'acidità si accentua: si discute tuttora sulla natura dei prodotti che si hanno sotto la sua influenza; v' ha chi dice che si producono peptoni veri, sltri ammettono che si produrrebbero emi- od anti-peptoni; si formerebbero contemporaneamente prodotti secondarii (leucina, tirosina, lisatina, ecc.); la steopsina sdoppia i grassi in acidi grassi e glicerina. Gli acidi grassi messi in libertà, per l'azione della bile si trasformano in sali alcalini i quali hanno una gran parte nell'assorbimento del grasso.

La presenza della bile pare renda molto più energica l'azione del succo pancreatico sui grassi.

Ora da questo risulta che la bile emulsiona i grassi e che il succo pancreatico li sdoppia. Quando l'azione della bile è sospesa, i grassi sono male emulsionati ma bene sdoppiati. Il contrario accade quando manca il succo pancreatico.

La bile ed il succo pancreatico, adunque, collaborano alla digestione del grasso; quando la bile non giunge più nell'intestino (per es. nell' ittero da ritensione) v'ha, secondo Müller, eliminasione per le fecce di 81-5 a 74 °[o del grasso ingerito, mentre allo stato normale questa perdita è appena del 7-2 al[10-5 °[o. Dalle esperienze fatte dai fisiologi, queste perdite risultano meno ele-

vate. Per Dastre, dopo la soppressione della bile, vi sarebbe assorbimento di 57 a 65 % di grasso invece dell'85 % a slo stato normale.

La bile, del resto, ha per la digestione dei grassi un' importanza maggiore di quella del succo pancreatico.

Abelmann ha trovato che, anche mancando il succo pancreatico, si ha ancora assorbimento del 65-80° [o di grasso, in media 72° [o-

I fisiologi hanno dimostrato con una serie di ricerche concordi, che, nell'assenza della bile o del succo pancreatico, i grassi finamente emulsionati, sono utilizzati molto meglio degli altri.

E' chiaro allora comprendere quali sieno, in condizioni analoghe, i vantaggi del latte che contiene grasso in emulsione perfetta. Già da prima la clinica aveva osservato la grande utilità del regime latteo nella cura dell'ittero da ritensione.

Quando la bile non arriva più nell'intestino, la digestione e l'utilizzazione degli albuminoidi può essere solo lievemeute influenzata. Nell'ittero i disturbi nutritivi dipenderebbero molto più da un visio della vitalità cellulare (dovuta all'accumulo della bile nel sangue) che a disturbi digestivi o di assorbimento degli albuminoidi.

Che cosa succede quando la funzione panereatica è soppressa?

V. Mering e Minchowsky hanno trovato che nei cani spancreatizzati, l'assorbimento dei grassi e delle sostanze azotate è difficile. Ab elmann ha esposto nel quadro seguente la media delle cifre trovate da Minchowsky in 80 esperienze. Queste indicano la quantità di sostanze azotate, di grasso e di idrati di carbonio rinvenuti nelle fecce.

Estirpazione totale Estirp. pars.

Sostanze	azotate	56)	46)
Grasso		29-48	00	15-28	\ olo
Amilacei		100) -	25-85) -

Thiroloix ha visto i cani in cui aveva ostruito il pancreas (insuffiando polvere di carbone nel dotto pancreatico), in primo tempo dimagrare, ma poi ritornare al normale sotto l'influenza di una spiccata polifagia.

Egli ha sempre constatato in casi simili, una ipertrofia delle ghiandole duodenali, che considera come compensatrice.

Per le modifiche qualitative e quantitative dell'eliminazione delle sostanze grasse per lo intestino, si spiegano più facilmente (secondo M üller) i disturbi della secrezione e della funzione della bile e del succo pancreatico. L'insufficienza dell'asione della bile, si traduce con una sensibile diminuzione dell'assorbimento del grasso, pur continuando il succo pancreatico a sdoppiarlo in glicerina ed acido grasso. L'insufficienza dell'azione del succo pancreatico, avrebbe, per conseguenza, una sensibile diminusione dello sdoppiamento dei grassi, senza che del resto il loro assorbimento ne sia notevolmente diminuito.

Nel 1º caso bisogna eccitare la secrezione della bile, nel 2º quella pancreatica.

Le nostre conoscenze a tale riguardo sono molto incomplete. Da una parte ci troviamo in presenza di opinioni terapiche fondate sull'osservazione clinicae, d'altra parte dati fisiologici basati sulle esperienze scarse e per giunta contradittorie. Che cosa si può conchiudere dall' animale sano all' uomo ammalato?

L'azione colagoga delle acque contenenti molto bicarbonato sodico, delle acque solforose, clorurate, bicarbonate, è un domma terapico innanzi al quale s'inchina la maggioranza dei medici.

Le esperienze del Lewaschew sono faverevoli a tali vedute; questo sperimentatore ha evidentemente constatato, nei cani con fistola biliare, un aumento della secresione della bile sotto l'influenza di deboli dosi di sali alcalini.

Gli alcalini adoperati ad alte dosi o in soluzioni molto concentrate, invece di attivare la secrezione della bile la diminuiscono. Forse fu appunto per tale ragione che Prevoste Binet sostennero essere gli alcalini moderatori della secrezione epatica.

Galliard, basandosi sulle ricerche aperimentali più recenti, divide le sostanse colagoghe, o pretese tali, in 4 serie cioè:

colagoghi deboli: acque alcaline di Vichy, di Carisbad, soffato, fosfato e cloruro di sodio, ipecacuana, olio di croton, pedofillina, rabarbaro, alce, senna, antipirina, muscarina;

colagoghi energici: coloquintide, evonimina, terebentina, terpina, clorato potassico, benzoato e salicilato di sodio, salolo: la bile stessa poi rappresenta il più attivo colagogo;

ipocolagoghi: joduro di potassio, calomelano; di nessuna asione colagoga poi sarebbero la chin'na, la caffeina, la cairina, il colombo, il bromuro potassico la pilocarpina, l'arsenito di sodio, il sublimato, l' etere, l'alcool, la glicerina.

Quanto ai farmachi che potessero eccitare la secrezione pancreatica, la questione è ancora mojto dibattuta.

Ricavandoli dalle pubblicazioni dei varii autori

che più si sono occupati di tale questione, potrebbero così raggrupparsi tali rimedii:

eccitanti della. secrezione pancreatica — Pilocarpina (Kouvschinsky, Gottlieb, Nussbanm), nicotina (Landau), acido cloridrico (Dolinsky). Lo stesso, secondo Dolinsky, potrebbe dirsi dell'acido lattico e di tutti gliacidi acidulati; acido solforico (Gottlieb), soluzione di soda 20° lo (Gottlieb), cloralio, fisiostigmina, mustarda, pepe, eserina (Nussbaum);

iposecretori pancreatici. — Amari, morfina cocaina (Kouvschinsky), solusioni alcaline, bicarbonato sodico (Dolinsky) strienina (Gottlieb). sensa asione. — Atropina (Gottlieb. Nuss-

sensa anione. — Atropina (Gottlieb, Nussbaum) amari (Konvschinsky, Gottlieb), nicotina (Langendorff).

Come si vede questi nega ciò che l'altro afferma e viceversa; la pilocarpina e gli acidi (e sopratutto l'HCl) si trovano però in prima linea fra le sostanze che meritano di essere tentate quando si vuole eccitare la secrezione panereatica.

Ma oltre a tentare di eccitare la secresione delle ghiandole che mettono capo al duodeno, si pensò di rimpiassare la secresione debole o proprio anullata, facendo ingerire fermenti artificialmente preparati. Ed allora si sperimentò la pancreatina.

Questa si mostra molto più attiva nelle digestioni artificiali. Bastano 10 ctgr. per dissolvere e peptonissare in 12 ore 5 gr. di fibrina (Souli er).

All'uso della pancreatina si fece una grave obbiezione, che cioè attraversando lo stomaco venisse alterata per azione del succo gastrico. Ed allora Un na inventò pillole capaci di attraversare lo stomaco sensa essere attaccate, e che poi si dissolvevano nel tubo enterico; queste pillole erano ravvolte da uno straterello di cheratina. Ma avendo tali pillole l'inconveniente di essere espulse talvolta inalterate con le fecce, si pensò di proteggere le pillole di pancreatina, avvolgendole solamente con uno strato di grasso o burro di cacao.

Furono inoltre raccomandati l'estratto fresco di pancreas e la polvere secca di pancreas. L'estratto fresco era preparato da R e i ch mannal seguente modo: un pancreas di bue viene finsmente sminuszato e messo a macerage al fresco per 1-2 giorni in una soluzione acquesa di alcool di 0,50-15 °_{lo}. Indi si filtra ed alla fine del pasto se ne somministra un piccolo bicchiere da vine.

Più sopra abbiamo detto che la hile ingerita per

la via della bocca rappresenta uno dei più energici colagoghi. Si potrebbe dunque impiegarla in terapia per eccitare la secrezione epatica. In determinati casi si potrebbero somministrare contemporaneamente bile e succo pancreatico.

L'indicazione della bile e dei colagoghi sarà data dalla diminusione della proporzione del grasso assorbito dall' intestino; quella della pancreatina poi, dal difetto dello sdoppiamento del grasso rinvenuto nelle fecce. Ma queste analisi sono raramente fatte.

In generale si sa che la bile è deficiente quando si hanno i sintomi di obliterazione delle vie biliari, cioè ittero e scoloramento delle fecce; bene spesso si tratta di ostacoli sui quali la cura è inefficace. Allora il medico non può fare altro che modificare il regime alimentare. Il regime latteo è il solo che permetta l'assorbimento della più grande quantità di grasso, evidentemente, poichè esso vi si trova allo stato di emulsione (Gasette des hopètaux, 9 febbraio 1897). Nacciarone

Ahlfold. --- La disinfezione son asqua salda ed alcool.

Non ha guar. l'autore pubblicò, in una prima relazione, i risultati che aveva ottenuti con la disinfesione delle mani soltanto con l'alcool, previo lavacro con acqua calda saponata. Questi risultati, ribaditi da un esame batteriologico molto accurato, autorissarono l'autore a raccomandare questo metodo di disinfesione ai suoi colleghi. (Conf. Rif. Med. c. a. p. 527).

In questi ultimi tempi, Ahlféld ha continuato a sperimentare questo modo di disinfesione, e si è talmente convinto della sua intrinseca bontà, che ritiene utilissima la sua introduzione su vasta scala, nella pratica, e raccomandarla alle levatrici per la pratica della disinfesione.

Com'è agevole comprendere, per conseguire l'obiettivo di vedere introdotta nella pratica generale la disinfesione con acqua calda e con alcool, fa d'uopo di mostrare che questo nuovo metodo sorpassa in efficacia tutti quelli finora seguiti, che è facilmente attuabile nelle più svariate condisioni della vita pratica, e che il costo non è superiore a quello inerente agli altri metodi di disinfesione. Ora, Ahlfeld ritiene che sia agevole dare queste dimostrazioni.

Ed anzitutto, per ciò che concerne il valore di un metodo di disinfezione, è noto che esso può essere deciso in base all'esame batteriologico, oppure con l'osservazione clinica, e scambievolmenta. Oppostamente all'asserzione del Lö hlein,

il quale crede che si debba attribuire l'importanza culminante all'esservazione clinica, A h lfe l d ritiene che la parola decisiva spetti all'esame batteriologico.

Invero, il risultato di un'operazione chirurgica, e specialmente ginecologica, non dipende esclusivamente dalla disinfesione delle mani, ma anche dal materiale che si adopera per la sutura, dagli istrumenti, ecc. Allorchè nella pratica un'operazione ha esito sfavorevole per infesione, è straordinariamente difficile accertare a quale fattore debbasi attribuire la infesione. Ad ogni mode, da una tale statistica non si può desumera se un metodo per la disinfesione delle mani abbia o meno, un qualche valore.

In vero, si potrebbe obiettare, che quando certe laparotomie guariscono senza fabbra, la mano che operava, doveva essere priva di germi. Però Ahlfeld opina, che anche questa deduzione sia inesatta. Essa sarebbe giustificata solo quando si potesse accirtare con evidensa, che in ogni caso, nel quale, la mano che operava, non era sterilizzata, doveva verificarsi anche una notevole reazione nel corso della guarigione. Nessuno poteva mai sostenere tal cosa, ansi, si poteva sostenere addirittura il contrario. In fatti, nell'ultimo Congresso, tenuto a Francoforte, Fritsch ricordò che tre celebri operatori: Péan, Koeberle e Lawson-Tait, i quali hanno avuto risultati splenditi nella loro pratica professionale, non si disinfettavano mai bene le mani, oppure non lo ritenevano necessario. E non vengono eseguite ogni giorno, e son successo, operasioni, nelle quali l'operatore si disinfetta insufficientemente, e certamente non ha sterilizzato le sue dite?

Anche nell'esame ginecologico non è la sterilizzazione del dito esploratore il fattore decisivo, come erroneamente viene affermato da parecchi autori.

A ciò si aggiunga che nella pratica, ben di rado si può decidere se un dito realmente sia stato bene sterilizzato, perchè è indubitato che una disinfezione delle mani di qualsiasi specie, purchè venga fatta con intelligenza ed energia, diminuisce talmente la quantità dei germi sulle dita, che ben di rado si hanno conseguenze rilevanti da una sterilizzazione incompleta. Ma, d'altro lato, non è meno indubitato, che un metodo di disinfezione, il quale conduca alla sterilizzazione completa delle dita dà risultati migliori di un metodo incompleto.

Il metodo di esame batteriologico seguito dal-

l'antore è stato sottoposto ad accurato esame di controllo da Fra en kel, Behring, Wernicke ed altri, i quali hanno constatato che trattasi di un metodo, il quale risponde pienamente a tutti i postulati scientifici, perchè per messo della disinfezione con l'alcool la mano resta completamente sterilizzata. Nè ciò è tutto, giacchè dalle ricerche hatteriologiche di controllo, eseguite sorupolosamente, risulterebbe che la disinfezione delle mani coi metodo di Ahifel dè di gran lunga superiore a quella con l'alcool fenicato (8º[o), col sapone di cresolo (8º[o), col sublimato (1º[oo), con l'acqua calda e sapone, col tricresole (8º[o), ecc.

Oltre a ciò, l'autors fa constatare che anche l'osservazione clinica depone favorevolmente al suo metodo. Da numerose statistiche risulta, che nel 98 ° lo dei casi si può contare sopra una sterilizzazione completa. Sa questa non ha luogo sempre, « è perchè non sempre il processo di sterilizzazione viane compiato con tutta la scrupolosità ed esattezza desiderabile». E fin da quando Ahlfeld ha introdotto questo metodo di sterilizzazione nella sua Clinica, i casi di infesione sono quasi del tutto scomparel. Risultamenti analoghi sono stati conseguiti da altri chirurgi, che hanno introdotto questo metodo nella loro ciinica privata ed ospedaliera.

In base a questi fatti, A h l f e i d raccomanda caldamente si clinici di controllare nella loro pratica il valore di questo metodo di disinfesione, essendo convinto che esso supera di gran lunga tutti quelli finora adoperati (Desische medicinische Wochenschrift, n. 8, 1897).

Meyer

A. Fraenkel. — La cure degli ansurismi dell' serta,

Malgrado tutti gli sforsi, finora fatti in questo campo, per ottenere risultati positivi e sicuri, non è stato possibile, dice l'autore, realizzare, le speranse che si erano concepite, sicohè il capitolo sulla cura degli ancurismi rimane ancora uno dei più desolanti nella terapia delle malattie dei vasi sanguigni. Per fortuna, come C u r s chmann ha fatto giustamente rilevare, sono abbastanza frequenti i casi, nel quali si verifica spontaneamente un arresto nello sviluppo del tumore, con diminusione più o meno considerevole dei disturbi subiettivi e finanche dei sintomi obbiettivamente constatabili.

Questi arresti nella evoluzione del processo patologico, possono durare per mesi, e finanche per anni,

Com' è agevole comprendere, tutto ciò impone

un certo riserbo quando si tratti di giudicare l'entità di un processo curativo adoperato nella cura degli ancurismi, giacchè spesso il miglioramento, avvenuto spontaneamente, viene attribuito all'influenza del meggo curativo ch'è stato usato.

Passando in rivista i diversi metodi curativi, proposti per la cura degli ancurismi dell'aorta, si constata che essi possono essere divisi in due gruppi : in quelli innocui ed in quelli perioclosi.

Fra i pericolosi sono da annoverare tutti quelli che tendono a determinare un coagulo di sangue nel sacco ancurismatico, mediante introdusione di istrumenti (ago-punturs, galvano-puntura), ovvero introducendo corpi estranei in forma di crini di cavallo, molle metalliche, ecc. Secondo l'autore, sarebbe oramai tempo di abbandonare questi metodi pericolosi, con i quali non soltanto non si arreca alcun vantaggio all'infermo, ma spesso un pericolo reale, le cui conseguenze sono addirittura incalcolabili.

In fatti, benché, in molti casi la diagnosi di aneurisma aortico possa essere stabilita con certessa, non ancora i moderni metodi di esame di pongono al caso di farci un concetto esatto del carattere anatomico del sacco aneurismatico, della sua estensione, delle condizioni esistenti nel suo interno, ecc. E' possibile che coi tempo, quando si arriverà a perfezionare il metodo di illuminazione con i raggi di Boentgen, si otterrà un progresso anche in questo campo. Però, ors, il nostro potere è qui ristretto in limiti molto angusti, e quindi non si sa in quale sezione dell'aneurisma si perviene con l'istrumento o col corpo estranso da introdurre. La produzione artificiale del cosgulo potrebbe, tutto al più, promettare un auccesso nei casì in cui il sacco sneurismatico , a mo' di un' ampolla , comunichi, a traverso un'apertura relativamente stretta, col lume del tubo arterioso. Inoltre, vi è il pericolo che il coagulo, formatosi, possa essere sbalsate altrove, il che , naturalmente , porrebbe gravemente in pericolo la vita dell' infermo.

Quanto ai risultati della legacura dell' arteria negli ancurismi dell' arco dell' aorta, le osservazioni finora esistenti sul proposito, fanno rilevare che, anche con questo metodo di cura, il risultato dipende, in massima parte, dalla cosfigurazione del sacco ancurismatico, e specialmente dal rapporto in cui stanno, verso di esso, i punti di origine dei grossi vasi del collo. Ora, è chiaro che nell'esame soltanto di rado è possibile accertare tal cosa.

Quanto al metodo di cura igianico-dietetico ed

alla cura medicamentosa interna, essi hanno, per lo meno, il pregio della innocuità. Anche con essi si tende, in certo qual modo, a raggiungere l'obiettivo ideale della cura degli aneurismi, cioè determinare l'impiccolimento del sacco aneurismatico mediante la coagulazione.

In seconda linea, si ha l'obiettivo di potere al meno, arrestare lo sviluppo dell'aneurisma.

In parecchi casi la coagulazione spontanea si verifica estesamente, ed essa determina una specie di guarigione relativa, la quale, tutt' al più, dura per mesi ed anni. Sventuratamente, non sempre si riesce, con i mezzi medicamentosi che abbiamo "a noetra disposizione, a determinare una tale coagulazione.

Già da lungo tempo, il joduro di potassio è uno dei farmachi, che si suole adoperare con predilezione nella cura degli aneurismi. E, dopo ch'è stato accertato, che la sifilide è uno dei più frequenti fattori causali dell' aneurisma dell' aorta, è aumentata la predilezione per il joduro di potassio in questa malattia. Secondo W e i ch, la sifilide sarebbe una causa dell'aneurisma nel 60 ° lo dei casi, secondo M a l m s t e n nell' 80 ° lo dei casi. L'autore ritiene che questa proporzione percentuale sia esagerata. Egli opina, fondandosi sopra statistiche personali e di altri clinici, che la sifilide sia un momento etiologico dell' aneurisma dell' aorta nel 84-40 ° lo dei casi.

Ad ogni modo, è certo che, in molti casi nei quali si poteva ritenere fondatamente che la sifilide fosse la causa dell'aneurisma dell'aorta, egli ottenne risultati molto favorevoli, adoperando il joduro di potassio, al quale associò le cure mercuriali, specialmente sotto forma di frizioni mercuriali. Durante la cura col mercurio, egli prescriveva una dieta prevalentemente lattea, e faceva tenere applicata la borsa di ghiaccio, ad intervalli per molte ore nel corso della giornata. Il risultato fu talmente splendido, che in questi ultimi anni, finanche nei casi in cui l'anamnesi non faceva rilevare dati sufficienti per fare ammettere che fosse preceduta la sifilide, egli tentò la cura con le frizioni mercuriali e col joduro di potassio. Ed egli crede di aver constatato che, finanche in questi casi, la cura mercuriale abbia dato qualche piccolo risultato favorevole.

Sia comunque, l'autore fondandosi sopra i risultati ottenuti nella sua pratica, si ritiene autorissato a credere che il joduro di potassio ed il mercurio debbono essere tentati quando si può supporre fondatamente che l'affesione sia di in-

dole sifilitica, perchè spessissimo se ne ottengono miglioramenti positivi, e non è esclusa la possibilità di una guarigione (Deutsche medicin. Wochenschrift, n. 1, 1897).

Meyer

RIMEDII NUOVI

Alapurine

E' indicato con questo nome un grasso di lana de, purato, che trovasi in commercio e proviene specialmente da Brema. Secondo Bukurt è una massa untuosa, bianco-chiara, sensa odore quasi, fueibile a 46°C e facilment: solubile nell'etere e nel cloroformio, ma poco nell'alcool. Sciolta nel cloroformio e trattata con acido solforico dà una colorasione brun prossa (colestei rina). L'alapurina non è aci 1a, non contiene glicerina, nè composti ammoniaci.

Clatoide

E' una gelatina che si ottiene della duressa che si vuole mediante il formolo e che ha il pregio di non essere attaccata dal succo gastrico e quindi riesce utile in tutti quei casi in cui si vogliono usare sostanze che devono arrivare inalterate nell'intestino, ove il glutoide si discioglie venendo attaccato dal succo pancreatico (Sahli). Infatti le capsule fatte di glutoide possono resistere per 8 ore all'asione del succo gastrico a 870-400, mentre il succo pancreatico le scioglie in 8 ore.

Orfole

Si è dato questo nome ad un composto ottenuto da Heyden dall'unione dell'ossido di bismuto al naftolo beta (Bismuto beta-naftolo). E' una polvere brunastra che non ha cattivo odore, nè sapore bruciante ed anzi possiede un lieve e piacevole odore e sapore aromatico Contiene il 20 ° lo di naftolo beta e l'80 ° lo di ossido di bismuto. Siffatto composto è dotato di un energico potere antisettico insieme all'azione astringente del bismuto, ed è stato già da qualche tempo sperimentato utilissimo da Chaumi e r nei catarri intestinali cronici con fermentazioni anormali e nelle enteriti specie tubercolari. Il preparato si scom porrebbe nell' intestino in naftolo e ossido di bismuto e spiegherebbe quivi tutta l'azione che è dovuta a questi due farmachi, la azione cioè antisettica ed astringente insieme. Solo una piccola porzione di naftolo viene assorbita secondo Chaumier e passa nelle urine, mentre il resto si elimina con le fecce e disinfetta quindi tutto il canale intestinale. Esso si crede più efficace dei preparati tannici, anche di recente introdotti, nei catarri intestinali infettivi per l'azione più en ergica del naftolo.

IL MEDICO PRATICO

L'ittilie nella enra delle punture d'insetti.

Ottinger (Münchener medicinische Wechenschrift, 5 decembre 1896) ha avuto occasione di sperimentare l'ittiolo in moltissimi casi contro le punture delle api, delle vespe, delle sansare e d'altri insetti. Mentre la ammoniaca fallisce in molti casi, l'ittiolo riesce sempre un rimedio efficacissimo, il quale fa cessare assai prontamente il dolore ed i fenomeni d'infiammazione. Egli attribuisce un tale effetto all'azione vaso-costrittiva dell'ittiolo.

Il rimedio può usarsi in forma d'unguento; ma è molto meglio adoperarlo puro, applicandone uno strato piuttosto spesso sul sito ammalato.

FORMULARIO

Contro l'epiles sia

Voisin, nel suo recente libro sull'epilessia, consiglia come adiuvante della cura, la formula seguente, che egli usa spesso:

Pr. Ossido di zinco	centigr. 10
Polycre di valeriana	> 10
Polvere di belladonna	» 1
Sapone medicinale	q. b. f. 1 pil.
Quattro pillole simili al giorno.	

NOTIZIE

Premio Riberi di L. 20,000

La R. Accademia di medicina di Torino conferirà il « X premio Riberi » di L. 20,000 all'autore di un'opera stampata o manoscritta, o di una scoperta fatta nel quinquennio 1897 · 1901. Tale opera o scoperta dovrà riferirsi ad una delle seguenti scienze mediche: Patologia specimentale, Igiene e Medicina legale. I lavori stampati o manoscritti possono essere in lingua italiana, francese e latina. I lavori stampati devono essere editi dopo il 1896. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro manoscritto, questo dovrà essere reso di pubblica ragione dall' autore prima di riceverne l'ammontare del premio, ed inviarne due copie all'Accademia. Il tempo utile per la presentazione delle memorie scade col 31 decembre 1901.

13° Concorse al premio Sperine

Esso è di lire 500 e si conferisce al 21 decembre di ogni anno al giovane laureato dall' Università di Torino, il quale abbia ottenuto maggior numero di punti nella votazione di tutti gli esami del corso medicochirurgico universitario.

Programma del 6º Concorso al premio Bonacossa di L. 600 (Quinquennio 1895-99)

« Sui metodi d'indagine psico-fisica in rapporto alla psichiatria; cenni critici e proposte per rendere più semplice e facile l'applicazione ».

I lavori debbono essere presentati in lingua italiana latina o francese, manoscritti o stampati, purchè in questo caso abbiano una data posteriore al 1º luglio 1895. Il termine utile per la presentazione dei lavori al Presidente dell' Accademia di medicina di Torino scade il 81 decembre 1899.

4° Concorso al premis Revigito

E' aperto il concorso al premio di L. 500 istituito dal comm. Re viglio da conferirsi dall' Accademia di medicina di Torino all'autore del miglior lavoro originale presentato all' Accademia anzidetta da stu denti di medicina della Università torinese o da medici in essa laureati da non oltre quattro anni e residenti a Torino. Il tempo utile per la presentazione dei relativi lavori scade con tutto il 81 decembre dell'anno corrente.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manisomio per 3600 alienati da erigerai nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marso p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la ceneralità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadensa 15 marzo.

Cattedre universitares

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Mslano.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fundazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Cemune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somua di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadenza 14 marzo. Nomina triennale.

Sommano. - 1. Riviste generali. Iperemesi delle gravide. — 2. Lavori originali. Clinica ermosifilopatica di Roma. (Prof. Campana).—Sifilide dereditaria infantile. - 8. Società scientifiche. - 4. Rivista di Clinica. Clinica medica dell'ospedale Necker (Prof. R e n d u). Stenosi congenita dell'arteria polmonare e cianosi in un individuo con inversione viscerale. 5. Notizie.

RIVISTE GENERALI

iperemesi delle gravide (E. Dirmoser).

Per iperemesi delle gravide si intende un vomito, che ordinariamente apparisce nella prima metà della gravidanza, resiste estinatamente a tutte le cure, e nel suo ulteriore decorso, impegnando tutto l'organismo, può provocare fenomeni i quali minacciano gravemente la vita dell'inferma, e spesso hanno determinato anche la morte.

A partire dal vomito mattutino, ch'è così frequente, fino ai casi in cui è attaccato gravemente tutto l'organismo, vi è una serie di gradasioni, le quali difficilmente possono essere comprese, in uno schema rutinario, perchè l'affesione spessissimo mostra un decorso intermittente.

Sovente, con un metodo curativo qualsiasi, si riesce a rimuovere un attacco, che dura da molti giorni; indi subentra rapidamente un' euforia, durante la quale l'inferma tollera alimenti, che il medico certamente non avrebbe prescritto.

Trascorso qualche tempo, si aggrava di nuovo repentinamente lo stato dell' inferma. Dopo una enforia, che è durata per qualche settimana, scoppia, senza causa valutabile, terribilmente l'affezione: febbre alta, itterizia, albumina e cilindri nell'urina, tumefasione della milsa e del fegato, forte acceleramento ed affievolimento del polso. In una parola, si ha il quadro di una malattia infettiva grave.

I casi in cui l'affezione mostra questo decorso intermittente (che in parecchi casi è remittente) sono più numerosi di quelli in cui essa progre-

disce costant-mente, senza oscillazioni.

Fra gli autori, che classificano vari gradi dell'affesione, merita di egsere mensionato di Lang, il quale, in riguardo ai casi gravi, ammette tre stadt. Nel primo, il vomito rasenta il limite in cui l'affezione impegna tutto l'organismo, diviene doloroso, si ripete ad intervalli sempre più brevi (di un'ora fino a cinque minuti), e con la comparsa dell'anoressia si verifica la coprostasi. Nel secondo, stadio il polso si accelera, la temperatura sale gradatamente, la lingua mostra una forte patina, l'alito è fetido, l'urina è scarsa e di colore oscuro.

In questo stadio l'inferma può guarire, scom-

parendo repentinamente i sintomi.

Nel terzo stadio, detto nervoso o comatoso, il vomito diminuisce, e può talvolta cessare del tutto; ma l'inferma per lo più muore con sintomi cerebrali. Sovente insorgono coma, itterizia, strabismo ed ineguaglianza del polso.

Al quadro clinico, qui sommariamente abboszato, l'autore (Wiener medicin. Wochenschrift, n. 8, 1897) in base all'osservazione di sei casi di iperemesi delle gravide, aggiunge, che talvolta nel corso della malattia si producono emorragie dal meato uditivo, nonché crampi tonici e clonici, in inferme, che non avevano alcuna labe eredi-

Circa il grado fino al quale può essere impeguato tutto l'organismo, l'autore orede che l'analisi dell' urina, da lui eseguita metodicamente in sei casi gravi di iperemesi delle gravide, possa fornirci qualche dato importante.

Da queste analisi si rileva quanto segue:

a) L'eliuinazione della urobilina fu abbondante in quattro casi;

b) Il pigmento sanguigno potette essere con-

statato in quattro casi;

c) L'albumina esisteva nell'urina di tutte le inferme: ora in tracce (0,01), ora in copia abbondante. Spesso la sua quantità variava secondo la gravezza degli attacchi:

d) L'acetone potette essere constatato con evidensa quattro volte nell'acme degli attacchi;

- e) Il pertone tre volte era molto abbondante; una sola volta esisteva in tracce;
- f) L'acido ossalico per lo più era aumentato; g) L'indossile e lo scatolo sono sempre notevol-

mente accresciuti;

h) Il sedimento urinario, che era sempre molto abbondante, mostrò tre volte cilindri jalini e granulosi, spesso corpuscoli sangaigni, epitelii degenerati in grasso, fosfati tripli, numerosi cristalli di urato sodico e di ossalato di calce.

Questi gravi reperti urologici, mentre da un lato non lasciano alcan dubbio circa il grave impegno di tutto l'organismo, d'altro lato, per la spiccata analogia che presentano con i reperu urologici delle gravi malattie infettive, ci inducono ad ammettere che nelle cennate inferm abbia dovuto trattarsi di un processo analogo.

La copiosa quantità di urobilina addita un i decomposizione del pigmento sanguigno nell' organismo. La presenza costante, ma variabile, dell'albumina, può essere attribuita, quando era lieve, a stasi nel rene, laddove, allorche era abbondante, poteva essere dovuta a nefrite (e ciò dicasi specialmente quando si presentava insieme a cil ndri jalini e granulosi).

L'acetone, che si presenta rell'urina dell'uomo in quantità minima come prodotto normale del ricambio nutritivo, si riscontra in quantità più o meno rilevante nel diabete ed in alcuni casi

di carcinoma.

L'abbon lante copia del peptone può essere forse attribuita ad un processo suppurativo.

E' degno di nota il costante aumento dell'indossile e dello scatossile, come prodotti della putrefazione intestinale. E' indubitato che si riscontrano sopratutto nell'acme della malattia, in conseguenza del torpore intesticale.

Riassumendo: il reperto urologico induce ad ammettere che trattisi di un intossicazione generale. Questo concetto sarebbe avvalorate, da un'autopeia fatta da Lindemann, il quale, in base a ricerche microscopiche di preparati, i quali provanivano da differenti organi di una donna, morta per iperemesi, rilevò tumefasione torbida del fegato, della milka, del rene, fino alla necrosi da coagulazione nei canalini urinarii contorti. Nei canalicoli urinarii retti si rinveniva in qualche punto, sangue stravasato per diapedesi.

Fino a qual punto i casi leggieri di iperemesi delle gravide stieno in rapporto con l'assorbimento di tossine intestinali, non è possibile giudicare nello stato presente delle nostre conoscense, sia perchè i cennati reperti urologici appartengono a casi molto gravi, sia perchè le future ricerche batteriologiche, specialmente quella del sangue, posrebbero farci scoprire fatti, i quali potrebbero chiarire molti punti oscuri circa la

stiologia di questa affesione.

Riesce agevole comprendere che, trattandosi di una malattia la quale ha un'importanza così grande nells pratice, gli autori abbiano tentato di indagarne la causa fondamentale. A prescindere dalle svariatissime opinioni che, nel corso dei tempi, farono emesse su tale riguardo, ci limiteremo a mensionare che F i s c h l'ultimamente ha espresso il concettio che , quanto più accu ratamente viene eseguito l'esame in questi casi, tanto più si constata, che la iperemesi essenziale è dovuta ad un'alterazione ben valutabile di qualche organo. E sono state sopratutto svariate malattie dell'utero, come inflammazioni , anomalie di sede e di forma (Davis), rigidità del collo dell'utero (Stocker), affesioni ovariche (Guinsb u r g u e), soc., che, insieme a malattie cerebrali (Hogdon), a gastropatia (From mel), all'anemia (Frank), sono state invocate come fattori eticlogici. Invece, per Kaltenbach, l'iperemesi delle gravide sarebbe puramente e semplicemente una nevrosi funsionale. A h l f e l d, per lo passato, accettò la teoria di Kaltenb a c h; però, in questi ultimi tempi ha espresso il parere, che l'iperemesi può avere anche per sostrato etiologico una organopatia.

Come causa primaria dell'iperemeni furono riguardate anche affesioni cerebrali. Tenendo presente che il centro riflesso del vomito risiede nei corpi quadrigemelli e nel ponte, anche questa ipotesi potrebbe, teoreticamente, sembrare plausibile. Altri autori ammettono come causa dell'iperemesi delle gravide, l'an mia « le gastropatie, facendo rilevare che l'anemia è un fattore il quale indebolisce l'organismo e lo predispone ad una grave affesione generale, mentre le gastropatie, d'altro lato, favoriscono potentemente la

formazione di tossine.

L'autore fa rilevare, che gli svariati fattori causali, finora accampati nella scienza, non sono sufficienti a spiegare tutti i casi di iperemesi. Fondandosi sul materiale clinico, che egli ha os servato, crede possa essere giustificata la se guente atiologia. Per l'ingrossamento dell' utero vengono ansitutto stimolati meccanicamente i rispettivi nervi. Questi sono ansitutto i nervi motori dell'utero: il simpatio: (che dal ganglio cer-

vicale si avanza nell'utero) ed il vago. Entrambi, stimolati isolatamente, provocano contrasioni dell'utero e dello stomaco. Inoltre, come Conte e ja n ha dimostrato sperimentalmente, l'eccitazione del vago aumenta la secrezione glandulare nella mucosa gastrica, ed acoresce altrest la produzione del muco fino al punto che il muco gastrico alcalino sovente neutralissa il succo gastrico acido, fenomeno, che l'autore spesso ebbe occasione di osservare nella iperemest. Inoltre, la stimolazione del vago produce l'iperemia dello stomaco. Questi fenomeni, però, costituiscono anche un fattore pri disponente per la formazione di tossine, la quale è altrest accresciuta dall'atonia di tutto il tratto intestinale, che si verifica in casi gravi.

Nei lavacri dello stomaco di donne affette da iperemesi, l'autore ebbe spesso occasione di esservare grandi quantità di muco. Insieme al maco l'enorme sviluppo di gas e l'odore fetido dimestrarono che nello stomaco già vi erano prodotti

di decomposizione.

A tutto ciò bisogna agglungere che, come risulta dai summentovati reperti batteriologici, nel tubo intestinale la formazione ed il riassorbimento di tossine sono attivissimi.

Ora, se queste tossine intestinali determinane, come tutto induce a credere, i più gravi accidenti di quest'affesione, è chiaro che l'obiettivo pricipuo della Terapia consista nello eliminare

le tossine intestinali.

A tale scopo, l'autore, in questi ultimi anni, in tutti i casi gravi di iperemesi intestinale, nei quali per molti giorni l'inferma non tollerava nulla per la via della bocca, e tutto l'organismo era gravemente impegnato, ottenne sempre un notevo-la miglioramento, detergendo l'intestino auxitutto con i clisteri di H e g a r, ed eseguendo tutti i giorni il lavacro dello stomaco, con i quali eliminava il muco gastr co. In questi lavacri egli utilissa le soluzioni di acido borico e di bicarbonato di sodio.

Tostochè lo stomaco e l'intestino sono stati detersi in questo modo, si incomincia l'alimentazione per la via del retto (due volte al giorso un biochiere di latte, nel quale sia stato sbattuto un tuorlo di uovo). Sul ventre si applica una fascia idropatica. Solo quando l'inferma si è completamente calmata, l'autore incomine a la alimentazione per la via della bocca, e somainistra, a cucchisjate, la somatosi disciolta in mucillagine di riso. Ed a ciò associa, ancore per qualche giorno, la somministrazione del latte per la via del retto. Quest' alimentazione egli la fa proseguire finchè non sieno scomparsi i gravi sintomi generali.

Quanto alla cura medicamentosa, è a notare che i farmachi, finora adoperati, possono essere divisi in due gruppi, e propriamente in quelli con cui si tenta di lenire, in generale, le soffarense dell'inferma, ed in quelli in cui si tenta di agire, mediante stimoli meccanici, sull'utero, per dissiparne lo stato abnorme in cui si trova.

Nel primo gruppo rientrano il bismuto, che paralina la peristalsi intestinale; i preparati di bromo internamente e per clistere; l'ossalato di cerio; la noce vomica; la cocaina internamente o per pennellazioni; la ingluvina; il jodo, nonchè il joduro potassico glicerinato per pennellazioni del tratto vaginale; il mentolo; tutti gli antisterici ed i nervini; nonchè l'orexina che è stata ado perata in questi ultimi tempi.

E' in lubitato che ciascuno di questi medica menti può riuscire giovevole; nè è meno, certo, che sopra nessuno di essi si può contare per la

guarigione.

Günther tento ultimamente anche l'elettricità, ma non pare che essa abbia dato risulta-

menti molto favorevoli.

Nel secondo gruppo di rimedii rientrano quelli che tendono ad esercitare un'azione favorevole mediante stimolazione meccanica dell'utero. Qui sono da annoverare le pennellazioni col nitrato di argento (S i m s, 1878), con la cocaina, la dilatazione del collo dell'utero col dito (C o p e m a n, 1877), la stimolazione dell'utero con la introduzione di candelette al pari che nell'aborto artificiale (B e s u g l a r d, 1890), lo zaffamento della cervice, ecc.

Non si può affatto negare che al principio della malattia tutti questi messi possono essere coronati da successo. Ma, nei casi inoltrati, come pure all'inizio di quelli che sembrano ribelli a tutte la cure, essi non giovano affatto, o ben poco.

In ultimo, poche parole circa la tanto dibattuta questione, se si sia autorizzati ad interrom-

pere la gravidanza nella iperemesi.

Compulsando la rispettiva letteratura, si constata, che molti eminenti clinici e ginecologi, i quali ebbero occasione di osservare molti casi di iperemesi, non si videro mai costretti a ricorrere ad un rimedio così radicale. Altri consigliano di inisiare a tempo, l'aborto o il parto prematuro.

L'autore crede che, sino a quando la scienza non possederà messi energici per combattere efficacemente questa malattia, e finchè occorreranno ancora casi di morte per iperemesi, non si potrà affatto negare che qualche volta possa essere giustificata la interruzione della gravidanza. Ed all'uopo egli fa rilevare che, finora, egli, in due casi gravissimi, che resistevane ostinatamente a tutti i messi che la scienza suggerisce sul riguardo, fu costretto di ricorrere a quest'ultima ancora di salvezza, con la quale gli riusci fortunatamente di evitare il naufragio delle misere inferme, e di condurle nel porto della guarigione.

Meyer

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA; (PPOF. CAMPA-MA). — SIFILIDE EREDITARIA INFANTILE.

Sommano. — Le alterazioni dei denti della bambina.— Le alterazioni dei denti della seconda dentizione dei bambini con sifilide ereditaria.—Stati che predispon gono a questa alterazione, anche per altre cagioni.

Nell' inferma vi è un saldamento straordinario delle suture craniensi, più precoce di quello che l' età e le condizioni di esso consentissero. Questo deve aver influito, in qualche modo, sullo stato di sviluppo del sistema nervoso centrale.

Nell'articolazione radio-carpea dei 2 arti, fa vedere un ingrossamento anulare degli estremi radio-cubitali, presso la linea epifisaria. Dei denti parecchi mancanti, altri poco sviluppati. Mancano gli incisivi centrali; quello di sinistra è trasformato in un piccolo aculeo, ma non presenta tracce di carie. I canini e l'altro incisivo, sono trasformati in guisa che l'incisivo sembra un canino: ed il canino è ridotto ad una semplice punta.

Degli inferiori mancano i canini; gli incisivi, si presentano frastagliati, insieme a qualche molare, rotto e deforme. I molari anteriori superiori trasformati in aculei; il primo inferiore di destra, eroso. In tutti i denti vi è incrostazione calcarea, nella parte basilare. Questi denti non sono cariati.

Queste varietà di denti sono da riportarsi allo stato di amorfismo dentario, e per qualche dente allo stato di microdontismo.

Queste alterazioni sono evidente conseguenza di poca resistenza del dente che si consuma e si rompe. Queste alterazioni dentarie non sono esclusive della sifilide. Essa le da più di frequente, però si possono avere in alcune alterazioni dipendenti da depauperamento nutritivo, in alcune infezioni croniche dovute ad avvelenamenti: più di tutto nella scrofola, nell'anemia e nella rachitide.

Ma, in esse, questi fenomeni morfologici non avvengono con la stessa costanza e varietà di forme come nella sifilide.

Nella sifilide ereditaria, si hanno tali alterasioni nello sviluppo dell' organismo che non si hanno in altre malattie. Inoltre, in queste altre malattie, vi sono soventi, delle localizzazioni croniche, gengivali e mascellari, che non esistono nella sifilide.

Lo stato di anemia, dato da rachitide, è quello che più facilmente si accosta agli effetti della sifilide erediteria; sui denti-della seconda dentizione. La sifilide acquisita non dà alterazione dei denti.

Per un certo tempo la sifilide è un' infesione generale; a misura che invecchia, poi, si localizza.

Durante questa infesione generale, può dare degli effetti di mancato sviluppo nutritivo di certi organi; come sono queste alterazioni apifisarie e di fragilità delle casa; o delle vere localizzazioni del male sotto forma di differenti inflammazioni. Gli arti inferiori di questa bambina sono sviluppati asimmetricamente; l'arto inferiore sinistro è più sviluppato del destro, il cui piede appare più piccolo e meno regolare dell'altro piede. In questo meno nutrito, è più sviluppato il sistema pilifero. L'anno scorso, questa bambina, presentava ingrandimento del fegato e milza. Quest'anno persiste il tumore di milsa: ma, quest' organo assai vario nell'età infantile specialmente se in individui anemici una volta ammalato cronicamente, difficilmente risana : accade poi , per la sifilide della milza , quello che accade per la malaria, in cui questo organo è poco preciive a risolvere dalle proprie alterazioni. Ciò che avviene anche per altre infezioni croniche, nella sifilide soventi vi è complicata la degenerazione amiloide. La degenerazione amiloide si trova in molti organi interni dei s'filitici: più di tutto, nel fegato, milsa, reni contemporaneamente.

Accenno, a proposito, di questo caso, a tale degenerazione, perchè sanno che una degenerazione amiloide avanzata non avviene sempre nella sifilide, ma bensì una degenerazione amiloide incipiente. Queste degenerazioni amiloidi comparirebbero nel periodo eritematoso della sifilide, ed a misura che la cura viene a migliorare le condizioni degli infermi, negli albuminurici per degenerazione amiloide incipiente, sparisce l'albuminuria. Da questa disparsa si desume che sia guarata la incipiente degenerazione amiloide, che ne è ordinariamente la causa.

Queste alterazioni che si vedono in questa bambina sono le più rare, non le più ordinarie.

In generale, le manifestazioni sifilitiche, nei bambini, danno luego a localizzazioni profonde negli organi toraco addominali o sulla cute. Questo stato di ebetismo cerebrale, questa incapacità di reggersi in piedi, camminare, mangiare, senza chi ne l'aiuti, lo interpretiamo come una conseguenza di deficienza di sviluppo cerebrale, sia per qualche localizzazione, sia per il samplice

avvelenamento cronico da sifilide. Consideriamo questa bambina come mancante affatto delle funzioni volitive, anche al grado del più semplice animale. La paresi degli arti inferiori l'attribuiamo alla mancanza dell'impero cerebrale. Il lieva stato di spasmo della gamba destra lo autribuiamo al durare di fenomeni irritativi in qualche tratto dei centri psicomotori, perché all'esame elettrico], agli stimoli locali, l'inferma reagisce con ben determinati movimenti; non sono aboliti i riflessi tendinei.

La bambina ha tremito, perché non vi è stato modo che abbia fatto nutrire bene il suo midollo spinale. Invero, se questo tremore, saziché da poca nutrizione del midollo spinale, dipendesse da un fenomeno irritativo di questo organo, avremmo che il tremore non cesserabbe col riposo assoluto dell'arto tremulo.

Tutti i sensi in questa bambina sono in un grado minimo di attività. Essi servono a questa bambina tanto e forse meno di quel che servano a una mosca, perchè una mosca stimolata si muove, fugge, e questa si muove appena.

In altri tempi si ritenevano questi individui con mancato sviluppo cerebrale, senza causa appressabile; ora bisogna ricercare l'influenza della sifilide che paò dare in questi bambini la macansa di completo sviluppo del cervello, come pure una lenta flogosi che rammollisce la massa cerebrale, come nella paralisi progressiva degli adulti. E il ricarcare questa causa, è bene, parchè si può tentare la cura mercuriale, senza pericolo e con vantaggio. Nei bambini si può somministrate il mercurio solubile in soluzioni più allungate: un'altra parola sullo stato degli arti inferiori. L' atrofia degli arti inferiori tarebbe pensare al un male spinale, ma la deficienza funzionale è qui come negli arti superiori, come negli organi dei sensi. Anche individui con gomme dei lobi cerebrali anteriori hanno soventi una paralisi increciata dagli arti inferiori.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Accademia di medicina di Parigi. - La radiografia nella chirurgia del sistema nervoso,-Cura della fiebite otitica del sinus lateralis.-Mortalità delle truppe di mare.-Risanamento delle fabbriche di flammiferi. - Eucaina e cocaina. - Azione della milsa nella malaria. - Sull' autoplastia. - Ematoma orbito-palpebrale recidivante in un'emofilies. - La setticemia mucosa. - Società di biologia di Parigi. - Influenza degli anestesici e della privazione dell'ossigeno sull'attività cerebrale. - Alterazioni delle ghiandole salivari nella scialorrea dei tabici.-Variazioni fiziologiche delle cellule endoteliali delle sierose. - Veleni sistolici e veleni diastolici.- Microbio e tossina del botulismo. - Streptococchi nell' acqua potabile. - Proprietà emorragipare delle tossine. - Il siero di Marmorek e la scarlattina. - Asione delle iniezioni intravenose di siero artificiale sugli scambii intramuscolari. - I preparati anatomici alla formalina.

ACCADEMIA DI MEDICANA DI PARIGI

Tornate del 9 e 16 febbraio 1897.

La radiografia sella chirurgia del sistema nervoce. Chipcuit e Londe presentano alcune radiografie dalle quali appare chiaro come la applicazione dei raggi catodici potrà fornire particolari interessanti in chirurgia, riguardo al sistema nervoco tanto centrale che periferice.

Cura della fieblte etitica del sinus lateralis. Obipault fendandosi sopra la statistiche e le sue osservazioni, dice che in caso di fiebite otitica del seno laterale, devesi sempre intervenire, al più presto possibile e quanto più largamente si può. Parla poi della tecnica che deve essere modificata e proporta varie modificazioni. La tecnica proposta dall' oratore ha il vantaggio di isolare completamente il focolaio settico. Essa comprende 8 tempi:

 Doppia legatura della giugulare interna al ocllo, con sezione della vena tra le due legature e fissasione del capo superiore nell' angolo superiore della ferita cervicale;

2. Legatura del seno trasverso, quanto più vicino si può al torculare di E r o filo;

8. Intervento sul focolaio settico, comprendente: l'ablazione delle lesioni ossee mastoidee e dell'antro, apertura larga della loggia del seno, evacuazione del pus e dei prodotti settici peried intra-sinusali, apertura (mercè la resezione della parete ossea anteriore del gomito del sinus) del bulbo giugulare infettato dalle venule dell'antro, finalmente fognamento del seno e della giugulare, atto al lavacri bi-quotidiani. Presenta un infermo operato da oltre un anno con tale metodo dal Lambotte, e che gode perfetta

Mertalità delle trappe di mare. Vincent e Barot, in una statistica fatta pel periodo quinquennale 91-95, hanno notato che la mortalità negli uomini di mare in servisio attivo fu dell' 11 °[o.

La tubercolosi fa il 1/4 delle vittime ed è più frequente che nell'essercito di terra. Il tifo è raro e si osserva a preferenza nei marinai che si trovano a terra.

Le endemie dei paesi caldi, la malaria, la diarrea, la disenteria, le epatiti, il colera, danno un contigente molto elevato. Molti annegamenti e morti accidentali. Rari i suicidii.

La mortalità percentuale dei medici e dei farmacisti è superiore a quella degli uomini di truppa.

Risauamente delle fabbriche di fiammiferi. Roussel, Magitot , Monod, Hanriot e Vailin componenti della commissione incaricata dall' Accademia per studiare tale argomento, proposero: innanzi tutto la soppressione del fosforo bianco; poi l'uso di macchine automatiche perfezionate, purchè le operazioni nocive si facciano sempre in una camera di vetro ove non si trovino operai. Fino a che tali misure non si possano realizzare; l'attuale insalubrità potrebbe essere diminuita con una ventilazione molto più attiva; impiego di breve durate ed alternato degli operai nei locali più dannosi; selezione iniziaie e visite mediche periodiche con eliminazione temporanea o definitiva degli operai che hanno la bocca guasta; miglioramento e rigorosa sorveglianza dei refettorii. lavabi, vestiarii, ecc.

Euceina e cecaina. Recius dalle osservazioni cliniche proprie e dagli esperimenti di P o u c h e t, deduce : che l'eucaina è un vero analgesico, però inferiore alla cocaina : in fatti l'iniezione ne è un poco dolorosa e spesso il campo operatorio è riceperto da un getto sanguigno. L'analgesia è meno completa e molto inferiore ; la sua tossicità è grande.

Questo è il punto capitale. Quindi deve essere adoperata con molte precauzioni.

Aziene della milza nella malaria. Leveran. — La milsa è la sede di elezione degli ematozoarii; quivi si trovano in maggiore abbondanza e per un tempo più lungo. Solo in quest'organo si trovano i microrganismi quando l' individuo ebbe la malaria da molto tempo. La loro permanenza in essa spiega la tumefasione, la congestione e la cirrosi della milsa nella malaria.

Si deve ricorrere alla splenectomia solo quando per la tumefazione dell'organo si ha una tendenza all' ectopia.

Sail' antepiastia. Delbet è riuscito, con autoplastie multiple, a ricoprire una delle più vaste piaghe che sieno guarite. Si trattava di una scottatura profonda del dorso, dell' estensione di 40 × 86 cm.

La medicatura all'acido picrico non diede grandi risultati; allora l'oratore pensò di servirsi dei trapianti cutanei. I risultati ottenuti furono ottimi, però l'oratore ha potuto constatare che riescono meglio i trapianti fatti con la cute dello stesso infermo che quelli con cute di altri individui, specie se poi la struttura delle 2 cuti è abbastanza diversa. Dippiù, l'osservazione dello oratore prova che si possono rilevare lembi 'èpidermici dagli stessi punti ove furono presi la

prima volta, quando l'escoriazione prodotta dai primi trapianti si è cicatrizzata.

In tal modo una stessa regione può diventare una fonte inesauribile di lembi epidermici e grazie a questo si potrà evitare spesso di togliere la cute ad altre persone.

Ematema orbito-palpebrale recidivante in un'emefilica. Valude presente una donne eminentemente emofitica in cai, senza l'intervento del minimo trauma, si determinava a riprese un amatema orbito-palpebrale. Bastava una medicatura compressiva per far scomparire il gonflore e l'ecchimosi in breve tampo.

La setticamia massea. Babes dà tale denominazione ad una malattia mortale, caratterizzata iniva vitam da una paralisi facciale accompagnata da anemia notevolissima, un pò di febbre ed indebolimento generale. Dal punto di vista anatomico questa malattia è caratterizzata dalla replezione di tutti i vasi (specialmente del meniogei) di una sostanza biancastra mucosa. Il sangue, in tali condizioni presenta importanti alterazioni : le emasie sono distinte, trasformate in una sostanza granulo-mucosa; i lencociti nune conteneva moiti microbii, tra cui bacilli a tipo mucogeno. Questi bacilli sono patogeni pel coniglio ma non inducono la trasformazione mucosa del sangue.

Hewieux rivendica a Bobe-Moreau (di Rechefort) il merito di avere introdotte il vaccino in Francia.

SOCIETA' DI BIOLOGIA DI PARIGI

Tornate del 6 a 18 febbraio 1897.

influenza degli anestesici e della privazione delle essigena sulla attività cerebraie. Richet e Broca hanno studiato nei cani l'unfluenza esercitata sull'escitabilità corticale del cervello dalla privazione di ossigeno risultante sia dall'asfissia che dall'anemia.

Nell'asfissia si osserva prima di tutto una fase di ipereccitabilità durante il primo minuto, poi l'eccitabilità decresce progressivamente per sparire totalmente dopo il 4º minuto. Il cervello è ineccitabile molto prima che si arresti la respirazione o la circolazione; ma se vi si fa affinire nuovo sangue ossigenato, l'eccitabilità riccompare, non progressivamente ma a periodi ritmici.

Nell'anemia cerebrale l'eccitabilità del cervello scompare più rapidamente; è completa in 80 secondi; il ritorno accade nello atesso modo come per l'acciunia

Sotto l'influenza degli anestesici (cloroformio, morfina, cloralio, etere) l'eccitabilità cerebrale diminuisce.

Bastano deboil doei per produrre questo effetto che perdura più di un' ora, Solo il clora-

losio non diminuisce l'escitabilità delle sellule corticali.

Féré. — La fase d'ipereccitabilità con la quale s' inizia l'asfissis, spiega un fenomeno molto noto ma la cui causa ci sfugge; l'oratore intende parlare della esaltazione della memoria che hanno gli individui poco prima di annegare; in un istante brevissimo passa dinanzi alla loro memoria tutto il decorso della loro vita. Questo fenomeno à spiegato dalla iperfunsionalità delle cellule corticali al principio dell'asfiesia.

Alterazioni delle ghiandele antivari acita scialerrea dei tablei. Kilppel e Lefas hanno avuto occasione di fare l'esame della parotide di un tabetico che da oltre 15 anni aveva scialorrea abbondante con disturbi olfattivi e gustativi. Le ghiandole salivari erano enormi. Nella parotide le lesioni consistevano in noduli infiammatorii che occupavano gli acini ed il connettivo; le cellule salivari erano degenerate; v'era inoltre infiammazione catarrale diffusa dei grossi dòtti escretori; nella sotto-mascellare le lesioni erano più attenuate, consistenti in solerosi diffusa con ipertrofia di certi acini aualoga a quella che si osserva in certe ipertrofie nodulari del fegato.

L'oratore opina che il fenomeno primordiale sia la irritazione funzionale sviluppatazi sotto l'influenza di una lesione del sistema nervoso con-

trale.

Variazioni fisiologiche delle cellule cudeteliali delle glerese. Soullé ha studiato le variazioni di forma e di dimensione delle cellule endoteliali delle sisrose di rivestimento del polmone e del cuore, organi che sono in costante variazione di vojuma-

Al momento della più grande espansione de poimone e della maggiore dilatazione del cuore, le cellule endotelizii della pleura polmonare e dell'epicardio hanno la forma di lamelle appiattite, dentellate sul loro margine. Quando il polmone di cuore ritornano sopra sè stessi, queste stesse cellule prendono la forma cubica e le dentellature scompaiono.

Anche nella massima dilatazione polmonare e cardiaca, si trovano qua e la celiule cubiche de cocupano le depressioni della superficie dell'organo; questi punti pare sieno centri di rigenerazione, poichè le cellule che li costituiscono hanno tutti i caratteri isto-chimici delle cellule giovani.

Veleni elsicitei e veleni diastellei. Gley. — Nella ultuma tornata Francois Franck dimestro che la digitalina e la strofantina agiscono sul cacre nello stesso modo delle eccitazioni diretta. Ora l'oratore presenta tracciati da cui risulta che questa proprietà non è particolare a solo queste 2 sostanze, ma comune a tutti i veleni cardiaci che fermano il cuore in sistole.

I veleni diastolici danno tracciati del tutto differenti.

Micrebi e teseina del botalleme. V. Ermenghan da un prosociutto che, mangrato crado, aveva provecato fenomeni d'intossicamento, ricavo un microrganismo che produsse una tossina molto attiva: la cultura, filtrata con la candela di porcellana uccide il coniglio alla dose di 4110 di milligrammo ed a dose più bassa provoca una midriasi persistente e paralisi dell'accomedazione; inoculata al gatto ed alla scimmia provoca una paresi motrice molto accentuata con prolasso della lingua.

Questa tossina ha asione tanto per ingestione che per iniesione ipodermica. L'istologia degli organi degli animali morti, dimostra che la tossina ha un'elezione per le cellule endoteliali che

sono sempre le più alterate.

Le cellule muscolari spesso sono colpite da degenerazione grassa. Le cellule delle corna anteriori della midolla sono alterate tanto nel protoplasma che nel nucleo.

Charris dice che finora non si conosceva una tossina che avesse azione per ingestione a tanta piccola dose. Tale tossina sarà preziosa per le ricerche sperimentali.

Streptececchi nell'asqua petabile. Guiraud ha trovato lo streptececco piogeno nell'acqua petabile d'un villaggio, al momento in cui eravi una epidemia di tifo mal caratterizzata; quest'acqua non conteneva punto il bacillo di Eberth.

Cherrin dice che qualunque germe, predispone l'economia alle infezioni, introducendo veleni solubili.

Preprietà emerragipare delle tessine. Telssier e Cainsid hanno confermato le conclusioni di Charrin, che cioè certe tossine introdotte sotto la cute o nel sangue, provocano stravasi ematici sovra tutto nell'intestino. Gli oratori si sono servitì all'uopo della pneumo-bacillina.

Quando la tossina invecchia perde questa proprietà ed allora induce a preferenza lenti disturbi

nervosi.

il siere di Marmerek s la scariatina. Méry e Lerrain comunicano i primi risultati ottenuti dallo studio dell'azione che possa avere il siero di Marmore k sopra varii streptococchi. Riferiranno i risultamenti totali quando avranno finito o almeno portato più innanzi le esperienze.

Azione delle inlezioni intravenese di siere artificiale, sugli scambii intramuscolari. Garnier e Lamber hanno studiato sperimentalmente le quantità di ossigeno assorbite e di acido carbonico emesse dai muscoli sotto l'influenza delle iniezioni intravenose di siero artificiale; tutte e due queste quantità sono aumentate. Le iniezioni intravenose adunque di siero artificiale hanno sui muscoli una azione stimolante della loro nutrizione.

I preparati anatomiei alla formalina. Pilliet presenta varii peszi anatomici conservati con la semplice loro esposizione ai vapori di formalina. In capo a più di un mese essi conservano ancora il colore e l'apparenza dei peszi freschi.

Si trovano insomma in uno stato perfetto di conservazione,

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica dell' ospedale Necker (Brof. Rendu)

Stenoel congenita dell'arteria polmenare e cianosi in un individuo con inversione viscerale.

Quindici giorni fa, abbiamo avuto l'occasione di osservare un infermo, le cui lesioni, molto curiose, e del tutto eccesionali, meritano di essere accuratamente analizzate.

Si tratta di un giovane venticinquenne, giornaliero a periodi, poichè si può dire che passa la sua vita negli ospedali. A primo acchito, guardandolo coricato nel suo letto, ha l'aspetto di un uomo vigoroso; torace largo e bene sviluppato, muscolatura buona, respirazione normale; breve, offre tutte le apparenze della vigoria e della salute; anche l'appetito è buono, ansi piuttosto esagerato.

Ma se lo si esamina più attentamente, si scorge che, anche in riposo, esiste un colorito violaceo delle labbra ed una tinta lievemente bluastra alle estremità delle dita, le quali hanno una conformazione poco regolare. Facendo deambulare l'infermo, la scena cambia; in pochi secondi egli diventa cianotico, è preso da oppressione, da soffocamento, e sembra minacciato da asfissia; appunto perchè si presenta in tale stato alla recezione degli ospedali, non manca mai che egli non venga accolto di urgenza. Nello stesso tempo l'infermo si lagna di un dolore retrosternale, di una sensazione di peso all'epigastrio che sale verso il faringe, di cefalea e di vertigine. Ma questi sono sintomi eccesionali; il predominante e permanente è la cianosi.

La cianosi in medicina non è che un sintoma; essa è dovuta a cause multiple, sia polmonari che cardiache; essa è talvolta molto accentuata nella pneumonite, congestione, enfisema polmonare ed anche durante la bronchite cronica, nonchè in certe affezioni cardiache acquisite e congenite.

Il problema, adunque, è quello di sapere quale è in questo giovine l'origine della cianosi. Ora, ecco la sua storia interessantissima.

Incapace di correre, di camminare svelto, di fare lavori pesanti, egli rimase in campagna presso i suoi fino all'età di 20 anni senza peraltro avere avuto malattie gravi; pare che egli avesse avuto frequenti epistassi e si lagnava, come anche attualmente, di sentire sempre freddo, qualunque si fosse la temperatura dello ambiente. E difatti qui, allo spedale voi avete potuto notare

che la colorazione violacea delle labbra e delle cide con una completa inversione di tutti i vidita era molto più accentuata pel freddo, e constatare il raffreddamento dei suoi piedi che contrastava con lo stato normale della temperatura centrale.

Dopo un' infanzia aspai tranquilla, usci in leva e fu ritenuto abile al servisio militare, ma non erano scorsi 8 giorni dal suo arruolamento in reggimento che fu riformato d' urgenza. Da quel momento egli ha girato tutta la Francia errando di ospedale in ospedale; bas'i dire che è stato nei reparti del Bernheim, del Barié, del Gonrand e poi a Lione, Tologa, Motpellier, Bordeaux, ecc.

La malformazione delle sue dita è caratteristica, La mano è normale, ma le terse falangi sono conformate a bacchetta di tamburo; esse sono raccorciate, atrofiche; la falangetta è inspessita e coperta da un'unghia enorme, ovoide. Le dita incltre hanno una tinta violacea molto pronunciate.

Questa maiformazione è uno dei segni ben noti della cianosi o malattia bieu; esea è molto più accentuata della deformazione ippocratica della falange e delle unghie dei tubercolotici; essa si ravvicina a quella che si osserva nel decorso della plaurite cronica, della selevosi polmonare, breve, di tutto le lesioni toraciche che inducano disturbi duraturi dell'ematosi,

Ma nulla è più pronanciato della cianosi e l'infermo ne presenta il tipo massimo. L'impressione generale che risulta da questo primo esame e dagli antecedenti dello infermo, si è quella di trovarci di fronte ad una cardiopatia congenita.

Se si cerca di isolare i rumori cardiaci, si constata che a sinistra si odono vagamente e per propagazione; essi aumentano d' intensità a misura che si ascolta verso la marginale destra dello sterno ed hanno il loro maximum di intensità nella regione mammaria destra ove si sente battere il mucrone. Noi, adunque, ci troviamo in presenza di un'ectopia cardiaca; il cuore si trova manifestamente a dritta. L'esame del torace permette di precisare questa prima constatazione. In fatti il torace non è simmetrico; esso presenta una convessità molto acsentuata a destra sur una regione corrispondente al 4º. 5º, 6º e 7º spazio intercostale destro; la percussione fa notare un'ottusità assoluta di 8-9 cmq. in questa regione; finalmente la punta del cuore batta manifestamente la fuori del capezzolo destro, quasi lungo l'ascellare, alla parte inferione del 5º apario. Quest' estopia cartiana ana è isolata; essa coin-

Al di sotto del suore, a destra, si ricava il suono timpanitico dello stomaco, con la sua grande curvatura verso il lato destro ed un pò al disotto della cioatrice ombelionie. A sinistra si constata una sona ottusa occupante tutto l'ipoconfrio e rispondente esattamente alla forma del fegato, con un limite obliquo di basso in alto verso la regione epigastrica. Al contrario, nella regione ascellare destra si trova esattamente la zona e la forma dell'aja splenica. In questo giovane, adunque, v'ha una totale insersio pisocram che si estende anche agli intestini, poiche pare che il cieco stia a sinistra e l' S iliana a dustra, Anche i testicoli hanno tipo invertito poiche il destro scende più in basso (fisiologicamente è il contrario) ed è per giunta colpito da varicossia. Io vado ancora più lontano; mappongo che l'inversione si estenda anche al cervello poichè l'infermo era mancino e solo a stenti è diventato ambi-destro; è probabile che la circonvoluzione di Broca, sede del linguaggio articolato, si trovi a destra; anche attualmente, per mangiare, si serve istintivamente della sinistra. Noi non posiamo con sicuressa provare l'estopia degli emisferi cerebrali, ma è certo che (dai segni fisid ricavati dallo esame dello infermo) lo stesso cuore nella sua struttura è modificato, stante che il ventricolo venoso si trova a sinistra, mentre il destro è l'arterioso.

Considerando la convessità del torace a destra sopra mensionata, essa corrisponde senza dubbio ad una notevole ipertrofia cardiaca. I limiti essiti, datici dalla percussione sono molto più ampi di quelli fisiologici. E' facile constatare che il veatricolo di sinistra, divenuto ventricolo venoso, è più sviluppato, poiché l'ottusità esiste notevolmente sullo sterno ed oltrepassa la linea mediastinale fino alla parasternale di sinistra. Il paipamento non nota alcun fremito netto da parte della punta; ma verso la base, sotto la clavicola destra, esiste una evidente vibrazione rude.

L'ascoltazione poi dà elementi curiosissimi che bisogna ben precisare, poichè sono essi che dànno la chiave della lesione cardiaca. Prima di tutto è facile constatare che non v'ha aritmia cardiaca. Battiti regolari, forti, relativatnestes 462ti (60 a 70) di ritmo ed apparenza fisiologici. L' itto si esplica nel 5º spasio e dà, sotto la mano, una impulsione brusca. Si nota un soffio esattamente localizzato alla base, a livello del 2º spazio istercostale destro, il cui maximum si tettende fueri

della marginale destra dello sterno. Esso è intenso e si propaga in alto ed a destra, nella direzione della elavicola corrispondente: si ascolta anche alla parte posteriore lungo la colonna vertebrale, ma non più nella fossa sopraspinosa. Non è francamente sistolico, nè evidentemente diastolico.

Il primo tono, corrispondente alla contrazione delle valvule auricolo-ventricolari si ascolta benissimo ed è accentuato, cosa che indica un'esagerazione della contrazione ventricolare ed un certo grado d'ipertrofia cardiaca. Il soffio non è esattamente sistolico, ma occupa la 2ª parte della piccola pausa (che copre completamente) e finisce al momento preciso in cui comincia la diastole. Potrebbe dirsi adunque un soffio pre-diastolico; grave per timbro e con un carattere rude spiccato, esso va rinforsandosi e diviene sempre più intenso fino alla diastole per sparire bruscamente al cominciare di questa.

Se, invece di ascoltare alla base del cuore, si applica l'orecchio a livello del capezzolo destro, a 2 cm. al disopra del muorone, si ascolta un soffio analogo per sinoronismo, ma differente per timbro ed intensità. Questo soffio è ugualmente post-sistolico, ma dolce, mo lto più debole : sembra quasi l'eco e la riprodusione attenuata del soffio della base.

Come dobbiamo interpretare questi soffii ed a quali lesioni essi corrispondono? Non si tratta di insufficienza aortica, poiché il soffio non è che pre-diastolico e poi il polso non offre alcun carattere analogo col polso di Corrigan. Ed allora non rimangono che tre ipotesi plausibili: una insufficienza mitralica, una stenosi aortica, una stenosi delia polmonare.

L'insufficienza mitralica è, nel caso in ispecie, inammissibile, poichè il maximum del rumore si ascolta alla base e non alla punta. D'altra parte il soffio non è francamente si-tolico, ma post-si-stolico; ora, non si comprenderebbe questo ritardo nella produsione del soffio, se si trattasse di una insufficienza auricolo-ventricolare.

In favore del restringimento acrtico sta la sede del soffio (che corrisponde al 2º spasio intercostale destro). Ma non bisogna obliare che nel caso particolare, con la trasposizione delle due metà del cuore, l'orificio acrtico non è situato a destra ma a sinistra.

Indipendentemente da questa considerazione, il polmonare dovrebbe soffio del restringimento aortico è sempre manifestamente sistolico: il polso presenta come carattere costante una anormale picciolezza ed, allo qui è pre-diastolico?

sfigmografo, un'ascensione obliqua che manca totalmente nei tracciati ottenuti dal nostro infermo.

Al contrario rende la ipotesi d'un restringimento della polmonare perfettamente conto di tutti i particolari che abbiamo rilevati nel nostro giovine. In prima, della sede del rumore; in fatti, grazie alla trasposizione della metà del cuore, l'orificio polmonare, invece di essere situato verso la clavicola sinistra, corrisponde al 2º spasio intercostale dritto, là ove si ascolta il maximum del ramor di soffio. In secondo luogo, rende conto del tempo durante il quale si percepiece il murmure. Per questo, bisogna avere innanzi agli occhi le condizioni anatomiche della stenosi della polmonare: si tratta quasi sempre di una aderensa delle valvule sigmoidi, le quali, intimamente unite pei margini, formano una specie di cupola la cui concavità è rivolta verso il ventricolo e la convessità verso l'arteria polmonare. L'apice di questa cupola è perforato ed il forame (che corrisponde al centro) può in certi casi presentare una stenosi incredibile.

Le conseguenze di questa disposizione anatomica sono facili ad indovinarsi; al di qua dell'ostacolo, si produce una dilatazione dell'infundibulo che si r'gonfia formando una sacca spesso considerevole. Dippiù si stabilisce una retro-dilatazione del ventricolo destro che si ipertrofizza e diviene predominante al punto da cambiare completamente i rapporti reciproci dei 2 cuori. Il mucrone è costituito dalle fibre del ventricolo destro e batte in dentro del capezsolo. Il ventricolo sinistro, piccolo ed atrofico, pare un'appendice annessa al súo congenere. Applichiamo queste cognisioni al caso attuale e non dimentichiamo che, grazie all'ectopia cardiaca, i rapporti normali devono essere trasposti: noi allora avremo la riproluzione testuale dei sintomi fisici constatati in quest'infermo. La convessità precordiale è più accentuata verso dentro, il che corrisponde al ventricolo destro (diventato sinistro) ipertrofizzato. Per la stessa ragione l'ottusità precordiale è preponderante a sinistra.

Rimane a spiegare il rumore di soffio.

Relativamente alla sua sede, nulla di più facile; noi abbiamo veduto che il 3º spazio intercostale corrisponde alla sede dell'orificio della polmonare; ma, teoricamente, il rumore da stenosi polmonare dovrebbe essere sistolico (Salmon e C. Paul).

Come accade allora che il rumore patologico qui è pre-diastolico?

Un fatto analogo che io osservai e pubblicai nel 1883 con controllo anatomo-patologico, mi permette di darvi la spiegazione di quest' apparente anomalia.

Un giovane di una ventina d'anni era entrato nel mio reparto al Tenon per fatti cardiaci.

Egli presentava (a livello del 8º spazio intercostale sinistro) un soffio totalmente identico a quello dell'ammalato di cui oggi vi intrattengo, soffio che incominciava dopo la sistole e si prolungava per tutta la piccola pausa con timbro grave e rude.

L'autopsia fece rilevare un considerevole restringimento dell'arteria polmonare a livello dell'inserzione delle valvule sigmoidi, che formavano una cupoletta perforata nel centro da un buco di appena pochi millimetri.

Al disotto, l'infundibulo era enorme,

L'esame minuto del preparato mi sembro rendere perfettamente conto dei particolari dati dall'ascoltazione, ed ecco come io spiego il fanomeno strano.

Quando il ventricolo destro si contrae, nulla è modificato nella sua funzionalità per la presenza del restringimento della polmonare ed il 1º tono, risultante della vibrazione della tricuspide, si ascolta normale, isocrono a quello della mitrale.

Ma l'onda sanguigna spinta nell'arteria polmonare vi trova un ostacolo valido; allora il sangus accumulato nell'infundibulo, solo tardivamente sorpassa l'orificio delle sigmoidi, quando cioè la sua pressione è diventata tale da poter vincere l'ostacolo.

Da ciò, ritardo del soffio, la luaga durata di questo, il suo carattere grave e rude in rapporto con la stenosi dell'orificio di usoita.

Aggiungasi che probabilissimamente la stagnasione del sangue al di là dello ostacolo (dimostrata dall'autopsia precedente) forse contribuisce a rallentare ancora più il corso sanguigno ed il passaggio del sangue a traverso dei distretto stenogato.

Da tutto questo, si deduce che nel nostro infermo, oltre ad esservi totale successo viscorum, esiste exiandio stenosi della polmonare a livello della insersione delle sigmoidi polmonari.

Una lesione di tai genere basta a spiegare la cianosi o si deve supporre che la stenosi polmonare si complichi ad un'altra anomalia cardiaca che permette che il sangue arterioso si mescoli con quello venoso? E malagevole rispondere a questo questo a poichè i fatti clinici non lo permettono.

E' certissimo che un semplice restringimento congenito, anche molto accentuato, può anche non dare alcuna cianosi; d'altra parte poi sono innumerevoli i casi in cui si ha cianosi considerevolissima sensa che la polmonare sia stenosata: il sintoma e la lesione, adunque, non sono correlativi.

Quello che è vero (e che nel caso in ispecie complica ancora più la disguosi esatta) si è che, spessiesimo, le malformazioni congenite del cuore non sono isolate e spesso cossistono sullo stesso informo.

Molte volte alla stenori della polmonare si associa la persistenza o del forame di Botalo o quella del dòtto arterioso, e l'incompleta formazione del setto inter-ventricolare.

Quindi, nel caso nostro si deve discutere quale delle tre eventualità è più accettabile.

La persistensa del foro di Botallo è una lesione ordinariamente silenziosa che non si traduce punto col soffio rude che si ascolta.

Esso determina anatomicamente, nella maggioransa dei casi, una notevole dilatazione delle anricole, la quale si riconesce (o meglio, si suppone) dalla estensione della ottunità alla, base del cuore.

Qui non si constata punto tale fatto, quindi sembra probabile che le due auricole comunichino fra loro e che i due sangui si mescolino. Però non può negarsi con certessa che ciò non sia. La persistenza del dòtto arterioso è ancora meno probabile.

Questa lesione che permetterabbe al sangue dell'aorta e della polmonare di mescolarsi è eccesionale in individui di questa età; è la meno comune delle malformazioni cardiache degli adulti.

I sintomi clinici con i quali casa si esplica, sono quasi nulli e non si può che supporta.

Però in certi casi è possibile diagnosticarla; si è osservato, in certi casi, l'esistenza di un rumor di soffio, ascoltabile posteriormente, più forte nella inspirazione, tra la 8º e la 4º vertebra dorsale.

Nel nostro infermo questo sintoma mancava, quindi si può quasi con cartessa, ritenere che sorta e polmonare sieno non comunicanti.

Resta la terra ipotesi, quella cioè della incompleta occlusione del setto interventricolare.

Questa merita di essere accuratamente discus-

sa poiché è una associazione di lesioni relativamente comuni, ed inoltre perchè certi particolari fornitici dall'ascoltazione del nostro giovine si spiegano meglio con questa ipotesi.

. Voi ricorderete infatti, che poco al disopra della punta del cuore, esiste in quest' uomo un soffio che, in certo qual medo, può riguardarsi come indipendente da quello della base.

Il Bariè che osservò questo infermo e ne fece soggetto di un profondo studio, ritenne che vi fossero 2 soffi distinti, a focolaio separato, di cui quello della punta rispondeva verisimilmente alla inocolusione del setto inter-ventricolara.

Io non so sottoscrivermi a questa interpretazione e considero il soffio in questione come propagazione del rumor di soffio della stenosi della polmonare.

E sostengo la mia opinione su 2 fatti: il primo si è che il soffio basale ed il muoronale hanno
lo stesso timbro (se non la stessa intensità); il
secondo poi si è che entrambi sono precisamente
ritmici allo stesso tempo della rivoluzione cardiaca; essi sono infatti post-sistolici e pre-diastolici; ora, se il soffio della punta fosse dovuto al
passaggio del sangue a traverso la fenditura del
setto inter-ventricolare, esso sarebbe manifestamente sistolico e coinciderebbe esattamente con
la contrazione ventricolare.

L'essere esso post-sistolico è quindi incompatibile con questa lesione.

Quando io ero assistente di Roger all'ospedale pediatrico, ho veduto un caso di cianosi da inocclusione del setto ventricolare; il soffio che caratterizzava clinicamente questa lesione era esattamente sistolico e copriva la piccola pausa. Altri argomenti ricavati dallo stato generale dell'infermo contrastano questa ipotesi.

I bambini colpiti da questa lesione congenita, sono in generale gracili, malandati, si sviluppano male. Si ha un vero arresto di sviluppo; a 15 anni pare ne abbiano appena 10; quasi tutti muoiono in tenera età.

Tutto ciò contrasta con lo sviluppo vigoroso del nostro ammalato, il quale presenta tutti gli attributi della virilità.

D'altra parte, perchè si abbia la cianosi, non occorre che il sangue arterioso ed il venoso si mescolino; il solo fatto della lesione della polmonare basta a spiegarla, essa è contemporaneamente conseguenza dell'insufficiente ematosi e della stasi sanguigna.

Con questi dati noi possiamo renderci perfettamente conto dei sintomi subiettivi di cui si

lagna il pasiente e spiegare gli accidenti curiosi ai quali egli va soggetto.

Quando egli sta in riposo, l'equilibrio tra la circolazione polmonare e quella generale è perfetto, tutte le funsioni si adempiono facilmente, l'apparenza è quella della perfetta salute; ma appena egli tenta di fare uno sforzo, si hanno notevoli disturbi della circolasione dello encefalo (cefalea, vertigini, ronzio nelle orecchie, obnubilamento).

Di tutti questi sintomi, la cefalea, prodotta da uno stato congestivo abituale dello encefalo, è il più fisso, il più tenace.

Interpretazione analoga io credo si debba dare a certe crisi parosistiche speciali di cui ho fatto conno più sopra.

Quando l'infermo ha salito con sveltezza una scala, è colpito bruscamente da una specie di aura dolorosa che parte dalla regione retro-sternale, s'irradia verso la spalla ed il braccio (come nell'angina pectoria) e si accompagna spesso ad un senso di bolo esofageo.

Quando tutti questi sintomi arrivano al parosismo, si ha una vertigine che induce caduta brusca e perdita della coscienza.

In capo a pochi momenti l'infermo rientra in sè, conservando vaga memoria di quel che accadde. Quale è il significato patologico di questa specie di crisi?

Non si può pensare all'epilessia; malgrado la aura premonitoria, la caduta, la perdita di coscienza, non vi è il grado iniziale, non la schiuma alla bocca, non la convulsione, nè lo stertore finale.

L'infermo sente sopraggiungere la crisi, perchè si riscalda e si produce in lui uno stato asfittico, senza che la cianogi ed il disturbo respiratorio sieno la conseguenza della caduta e della vertigine comiziale.

L'ipotesi di un isterismo concomitante è più sostenibile.

I fenomeni nervosi premonitori, il senso di nodo esofageo sono caratteristici di questa nevrosi; si sa, d'altronde, che le malformazioni congenite del cervello predispongono a tutte le nevrosi (se pur non le creano) ed allora non fa maraviglia se in questo giovine, col suo cervello metaplasico, esista l'isterismo.

Devo però dirvi che in lui non vi ha alcuna stimmate isterica; solo la vista è turbata.

Il campo visivo a sinistra è quasi nullo, quello a destra è manifestamente ristretto concentricamente. V'ha diminazione notevole della forsa visiva.
L'esame oftalmoscopico lascia notare lesioni profonde dell'occhio che apiegano perfettamente i
sintomi funsionali; per dirla in breve, nel fondo
dell'occhio si vedono manifestamente le influense notive della abituale alterata circolasione e
della stasi venosa collegata al restringimento
della polmonare.

Le crisi vertiginose sono evidentemente dello stesso ordine, Esse dipendono manifestamente da disturbi della circolazione encefalica.

Sembra anche verosimile di collegare ad una origine patogenica analoga i dolori retre-sternali accompagnati da irradiazione brachiale, specie di angor pectoris che attesta esistere irritazione del plesso cardio-aortico per difettosa irrigazione sanguigna.

La prognosi deve essere riguardata sotto due punti di vista: quello cicè della inversione viscerale e quello della lesione polmonare.

L'inversione viscerale per sè etessa non influisce gran che sulla durata della vita (Catrin, Schmit).

Al contrario la stenosi della polmonare è una lesione grave, punto compatibile con una lunga vita.

Non intendo dire che non possa essere sopportata; il nost o caso lo limostra. Fino a questo momento l'alterazione sigmoidea è ben compensata: se v'ha ipertrofia del ventricolo venoso, essa non è ecce siva, e la sontrattilità del miocardio non à indebolita.

Non v'ha edema, nè tendenza congectiva. Il fegato non è voluminoso, i polmoni non sono ingorgati, i reni sono sani.

Nulla adunque minaccia una catastrofe prossima; ma in breve ora questo stato relativo di buoda salute può venire turbato.

La crisi vertiginose, gli accessi pseudo-anginosi, ripetandosi, costituiscono un pericolo evidente; accentuandosi un pò di più, potremmo avere la sincope e l'asfigsia.

Finalmente el deve temere una possibile tubercolosi, sia perché la stenosi della polmonare ne è una causa predisponente, sia pel fatto che l'infermo gira continuamente pei noscocomii ove respira certo aria non pura.

Però, fino a questo momento egli ha dato una formale smenti a a questa legge patologica.

In questa condizioni, la cura si riduce a samplici precetti igrenici, del resto palliativi.

Auxitutto, riposo seioluto, buona nutrizione, aria pura, evitare i raffreddamenti.

La lesione cardiaca, nello etato attuale non reclama alcuna cura attiva; bisogua guardarsi dall' usare la digitale; tutto ai più il joduro a piccole dosi potrebbe forse riuscire di una certa utilità, in quanto ritarda la degenerazione solerotica del miocardio.

La sola indicazione terapica, richiesta dalla abituale tendenza all'asfissia ed alla cianosi, consiste nello impiego delle inalazioni di ossiguno nei momenti più gravi (Le Bulletin mèdical, 24 febbraio 1897).

Nacciarons

NOTIZIE

Dei sieri alle state selido

A scongiurare alcuni pericoli dei sieri liquidi, si parla in questi giorni delle modificazioni che il Be hring si propone di attuare al suo siero antidifterico per ottenerlo allo stato solido e quindi conservabile infinitamente, sensa bisogno di aggiunta di acido fenico o di altri antisettici, che posson riuscire dannosi, e sensa che perda di efficacia.

Ora « sa Mèdecine modèrne » avverte che l' Istituto Pasteur già da lungo tempo fornisce il siero antidifterico sotto forma so ida. Esso è contenuto in tubi di vetro chiusi alla lampada, ciascuno dei quali equivale a 10 cc. di siero liquido. Sotto la medesima forma so lida si trovano anche ivi il siero antitetanico e il siero antistreptococchico; ma il succitato giornale nota che tutti siffatti sieri solidi non hanno incontrato grande favore da parte dei medici, che preferiscono i sieri liquidi. Vuol dire, diniamo noi, che se non è per l'abitudine che ci fa essere contrarii al nuovo, ci sarà in
questa preferensa una ragione, e quindi vedremo se
non riuscirà meglio nell' intento il Behring.

Ospodale Maria Alexandrowsa

L'imperatore Nicolò II regalò alla Società medica di Pietroburgo il palazzo di Taitsy ed una somma di 460,000 rubli, affinche ivi s' impianti un sanatorio pei malati di petto sotto il nome dell'imperatrice Maria Alexandrowna.

II prof. Koliik-r

Il 6 luglio pressimo, sarà celebra o il 50° anniversario d'insegnamento del prof. K öllikar che in quell'epoca stessa compirà 80 anni.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

I signori abbonati che hanno ricevute la nestra circolare e nen ancera hanno adempite a quanto in essa si chiedeva, le facciamo neto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dopo tale termine spediromoil riceve gravate della spese essorrenti. Sommano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. Farma cologia e terapia odierna. - 2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma. Prof. Campana.-Flittenosi sintomatica. — Acne roseo e sifiloderma nodulare.—3. Società scientifiche.—4. Rivista di Cli. nica. Clinica chirurgica dell'ospedale Beaujon di Parigi (prof. Lejars), Due operazioni di gangrena polmonare.-5. Casuistica clinica.-6. Rassegna della stampa. Riviste speciali. — 7. Il medico pratico. — 8. Notisie. - 9. Varietà.

AND REPORT OF THE PROPERTY OF

OUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Farmacologia e Terapia odierna

I progressi odierni compiuti dalla patologia, la merce delle ricerche batteriologiche e dello studio dei prodotti batterici e del ricambio ma - teriale dell'organismo sano o malato, hanno dat argomento al Chirone di svolgere nella prolusione al co:so di materia medica e farmacologia, de lui letta, non ha guari, nella nostra Università, come successore del compianto professo re Sem mola, tutta l'importanza che pel medico pratico ha oggi lo studio della farmacologia sperimentale e i nuovi orizzonti che ad essa si aprono e le conquiste che si sono già ottenute e che giova sperare, seguendo il nuovo indirizzo, saranno per ottenersi in maggior copia in un avvenire non lontano.

«La farmacologia ha subito in questi ultimi anni una vera rivoluzione e la terapeutica parrebbe si fosse finalmente messa sulla diritta via. Malgrado ciò, son lietissimo, dice il Chirone, «di dovervi dire, che io non hoa modificare sostanzialmente il proclama del mio insegnamento e, per debito di onesta, debbo confessare, che le linee generali del proclama potei solo formarle attingendo principalmente agli aurei insegnamenti dei miei illustri maestri, Claudio Bernarde Mariano Sem mola. Inaugurando il mio insegnamento nella R. Università di Padova, or sono tre lustri, io cercai di d'mostrare, e mi lusingo di esserci riuscito, che se la farmacologia poteva, sotto un certo punto di vista, considerarsi come una fisiologia comparata, essa poteva d'altro canto a buon diritto dirsi una patologia sperimentale. Essa infatti modifica coi suoi agenti, io diceva, le funzionalità normali dell'organismo, le fa deviare dal fisiologico e può riprodurre una intera patologia. I farmachi possono darci i sintomi più semplici e le forme morbose più classiche; messo milligramma di atropica, iniettato sotto la pelle, ci darà una semplice midriasi, qualche centigramma di picrotoxina, per iniezione ipodermica, ci dara degli accessi epilettici complet ssimi.

Nel mio insegnamento considersi sempre la azione dei farmachi come delle vere malattie artificiali, prendendo in esame, come fa il clinico, prima il nosografismo di azione o forma clinica e poi, andando dal noto all'ignoto, il meccanismo di azione o processo morboso, e finalmente la

per lo meno strano, io diceva altra volta, chiamare fisiologica l'azione della stricnina, mentre che questa è capace di darci un vero tetano; è per lo meno strano chiamare fisiologica l'azione del curaro, mentre che questo determina una vera paralisi e via via E' per questo che io dissi sempre biologica, anzichè fisiologica, l'azione dei farmachi, adottando una espressione, forse di più vasto significato, ma certamente non erronea, giacche la biologia studia i fenomeni della vita, sia normale, che morbosa.

In tutte le ricerche sperimentali considerai la azione dei medicamenti come azioni morbose e mi occupai prima della forma clinica, poi del processo morboso, quindi della sede e possibilmente della malattia da essi provocata. Così feci per la chinina, come per la cinconidina e per la chinidina; così feci per la picrotossina e per la picrotina, come per la ciclamina, per l'acido salicilico, pel cloruro sodico, per l'antisepsina o paramonobromacetanilide, pel paramonocloracetanilide, per l'ortomonobromosce tanilide e via. Lo stesso indirizzo feci adottare dai miei allievi nelle loro ricerche farma-

colo giche. E feci ancora di più. Io cercai di rischiarare processi morbosi, così detti naturali, per mezzo di quelli, che io determinava artificialmente, e per mezzo della cinconidina e della picrotoxina, per es., che determinano entrambe l'epilessia, ma hanno intensità e sede di azione differenti; cercai sin dal 1880, di rendermi ragione di molti fatti osservati dai clinici nelle epilessie morbose propriamente dette e di rischiarare la loro patogenesi. Non tutti fecero buon viso al mio indirizzo; non vi fa alcuno, che m'imitasse; si pensò da molti, che non si potesse con l'azione dei farmachi e dei veleni rischiarare i processi morbosi aturali e contribuire seriamente all'acquisto della loro patogenesi; ma ho tutte le ragioni di credere, che oggi non stiano allo stesso modo le cose, oggi, che in ogni crisi epilettica per es., si carca nelle orine il veleno che la produsse!

In questi ultimi anni la patologia ha acquistato dei veri tesori di conoscenza intorno alla pat genesi delle malattie, tanto che ha quasi cambiato di fisonomia. Oggi vi è chi pensa, che ogni malattia si riduca ad un avvelenamento e, se molti credono ancora azzardato questo concetto, non puo certo mettersi in dabbio, perchè è constatato da lunga serie di fatti sperimentali indiscutibili, che moltissime affezioni morbose siano dei veri e proprii avvelenamenti. Da qui potete dedurre tutta l'importanza nuova, che ha acquistato la farmacologia con lo studio dei suoi veleni; la contribuzione, che ha dato e darà allo studio delle malattie così dett; naturali e l'indirizzo che più convenga allo studio di questa branca importantissima del medico sapere ..

Premesso ciò, il Chirone è passato a dimostrare via via il suo asserto, rilevando le azioni dei veleni microbici e delle sostanze stesse che formano i tessuti animali, e di quanto in queste ricerche il patologo si è giovato delle cognizioni che gli forniva la farmacologia sperimentale per sede e la natura della malattia artificiale. E' la interpretazione dei fatti morbosi osservati.

Possono, infatti, coi prodotti microbici, aversi dei disordini nella termogenesi, dei disordini nervosi più o meno gravi, dei disordini nutritivi, ecc.; così come essi si osservano coi veleui che possiede il farmacologo, il quale appunto può riprodurre, a suo talento, quasi tutti i fatti morbosi determinati dai veleni microbici.

Il farmacologo, infatti, puo coi jodici, col cloruro sodico, attivare il ricambio materiale; determinare col fenolo, ecc., col timolo degenerazioni parenchimali anche acutissime e forme di cachessie speciali, come l'arsenicale, la mercuriale, ecc., nonchè forme simili al colera, siccome è il caso negli avvelenamenti per antimonio o per arsenico, e disordini nervosi molteplici, allucinazioni e deliri, convulsioni e paralisi, psicopatie diverse, anestesie ed iperestesie, mercè una serie svariata di farmachi, fra cui la caffeina, l'alcool, la cocaina, l'haschich, la belladonna, l'oppio, la stricnina, la tebaina, la narcotina, la picrotossina, moltissime essenze, il cloroformio, l'etere, ecc. Il solo solfuro di carbonio, ad es., può darci fenomeni cerebrali gravi, specialmente mania acuta e nevriti periferiche ed isterismo, isterismo tossico, che non differisce da quello spontaneo, che oggi al pari di altre nevrosi si considera anzi di origine appunto tossica.

Se una differenza passa tra la malattia determinata artificialmente e quella che si svolge a nostra insaputa, questa dipende solo dalla ereditarietà individuale, la quale per la patologia moderna si riduce alla semplice predisposizione.

Il Chirone passa quindi a tutte le forme morbose finora studiate come prodotto di autointossicazioni e ne mostra i rapporti e le somiglianze con le forme indotte sperimentalmento
dal farmacologo coi varii agenti dai lui posseduti
e la natura dell'azione, che così per le leucomaine o le ptomaine, come per gli alcaloidi vegetali ed ogni altro agente medicamentoso non può
essere se non fisico-chimica, natura di azione intima che varia appunto o si ressomiglia a seconda che sono differenti o simili le proprietà fisicochimiche dei corpi e delle sostanze in esperimente.

Conoscendo, dunque, che molte malattie non sono se non degli avvelenamenti indotti da agenti vivi, da parasiti, la farmacologia ha cercato diminuire la virulenza o combatterne gli effetti con i parasiticidi, gli antidoti o le sostanze antagoniste, nonchè col procurare l'eliminazione per le vie naturali dei veleni assorbiti. Ma vi è ben altro, e il Chirone entra quindi a discorrere del capitolo dell'immunità e del potere protettore dei tessuti animali contro le malattie.

Le nuove scoperte, adunque, sulla patogenesi dei morbi, aprono al farmacologo una serie di nuove vie da battere. Bisognerà vedere quali siano i farmachi capaci di sollevare il potere protettore di un dato organo o di tutto l'organismo, e quali quelli che lo deprimono. Bisognerà vedere quali farmachi hanno un potere immunizzante e quali possono determinare nell'organismo delle antitossine, studiare la genesi di queste; contribuire sempre più alla conquista della patogenesi delle malattie naturali, determinandole artificial-

mente coi farmachi; studiare infine il meccanismo col quale agiscono le tossine e le antitossine e apportare nuove contribuzioni, alla cura patogenetica, come il Bouchard oggi intende che debba essere la terapia, delle malattie, indagando il meccanismo di azione dei farmachi e dei veleni per contrapporli fra loro e indurre la guarigione.

Ora, non si può ostacolare l'asione dei veleni, senza conoscere il meccanismo col quale questa si svolge e le leggi che la regolano; non possono farsi cure patogenetiche, senza conoscere come il veleno, ch'è causa morbosa, agisca sull'organismo, senza conoscere il concatenamento degli atti morbosi successivi; senza conoscere come esso possa uccidere e come, quando e perchè, la sua azione finisce per esaurirsi.

Lo studio, adunque, conchiude il Chirone, del meccanismo di azione dei farmachi e dei veleni, è di una importanza capitale pel medico pratico, e senza il contributo della farmacologia non sarebbe possibile apprendere bene la patogenesi di quasi tutte le malattie e non sarebbe possibile fare delle cure patogenetiche. Laonde il clinico per la interpretazione dei diversi fatti morbosi diviene ad ogni passo tossicologo; il terapista, per curare, il più delle volte, non fa che contrapporre il meccanismo di azione di un veleno al meccanismo di azione di un altro veleno.

F. M.

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DERMOSI FILOPATICA DI ROMA. (PROF. CAMPANA).— FLITTENOSI SINTOMATICA.

Sommano. — Breve storia clinica: l'infermo subisce gravi influenze nocive dell'alcool. — La cosiddetta dermatite erpetiforme. — Sue fasi in un caso avuto in Clinica, che giustificano la ipotesi sul meccanismo di genesi del male. — Il gruppo delle manifestazioni pemfigoidi rappresenta un sintoma di diverse alterazione e morbi.

In questo infermo notiamo una eruzione vescicolare e papulosa.

Non si trova una morfologia che richiami alla mento una forma ben definita di eruzione cutanea. Può esservi la concorrenza di varie di esse. In altro caso fu fatta diagnosi di pemfigo, perche vi era una flittenosi ben definita. Qui si potra fare la stessa diagnosi? Qui sonsi viste sorgere delle macule, senza che su queste si venissero a formare delle bolle. Son sorte anche delle bollicine; ma indipendentemente dalle prime; nè quelle circuiscono queste, da potersi parlare di quelle forme di eruzioni eritematoidi ed erisipelatoidi, che si vedono attorno alle eruzioni pemfigoidi. Sanno benissimo che non tutte le eruzioni spontanee bollose sono pemfigo, e che non

tutte le eruzioni vescicolari e flittenose, che non appartengono al gruppo dei pemfigo, possono presentare qua e là eruzioni simili a quelle del pemfigo stesso.

Una diagnosi di pemfigo non si può fare se non si ha l'erusione bollosa ripetuta e la diuturnità di essa. Ma si deve vedere se vi sono gli estremi per la diagnosi morfologica almeno di pemfigo.

Ora si vedono qui vescicole piccolissime, che si dispongono a semicerchio: in qualche tratto si ha quasi la forma di un eritema polimorfo. In America tale erusione fu descritta sotto il nome di dermatite erpetiforme (Duhring).

Sulla superficie cutanea, oltre l'erusione vescicolare, si trovano anche macchie con alterasioni di colorito, per pigmento non solo, ma per stasi.

Vi sono altre malattie che presentano questo fenomeno: eritema polimorfo (a lento decorso) idroa di Bazin, ecc.

Volendo fare una diagnosi morfologica, dovrebbe restringersi in una varietà che può essere quella di diversi processi morbosi. L'infermo intanto ha alterazioni del sistema nervoso centrale, sotto forma di abbassamento dei poteri del sistema nervoso medesimo: uno stato di neurastenia, fenomeni nervosi di alcoolismo cronico, e ricorrenti acuti.

Tremori generali, lingua tremula, facilità straordinaria a distrarsi, nessuna voglia di lavorare, e quindi poca voglia di guarire. Questa malattia cutanea non è continua nell'infermo: si accresce sotto l'uso dell'alcool; e l'infermo, abusando nel bere, perde facilmente la coscienza, e nel giorno dopo, in cui ha bevuto, ha cefalea, ed è così spossato, che deve rimanere in letto per qualche giorno. L'alcool ha tanta potenza irritante sui vasi, da modificarli funzionalmente e da modificare la nutrizione e la costituzione delle pareti dei vasi medesimi; quando ne altera la nutrizione si hanno le enteriti, le ateromasie ed alterazioni che sono poi riportate alla gotta.

Da che si argomenta che, nel caso speciale, si tratti di una irritazione del sistema nervoso, che regola la nutrizione della cute? si argomenta dal fatto che l'infermo in Clinica, ha molto migliorato della eruzione cutanea e dei fenomeni nervosi non bevendo vino. Nel pemfigo la eruzione bollosa nella sua fase progressiva e completa è succeduta ad altre eruzioni senza tregua. Negli arti inferiori si hanno delle vene varico se e

vi sono delle macchie iperemiche, che non hanno relazione colle altre eruzioni: esse, studiate nell' insieme sono macchie ben figurate e delimitate. Non si esclude la sifilide in questo caso, come complicanza, che, non abbia manifestazioni evidenti.

Vi sono dei sifilodermi in cui le eruzioni non si presentano in modo tipico, ma modificato per condisioni fisiche esterne o infesioni accidentali locali: in questo caso nostro si può pensare che vi sia l'infesione sifilitica, per le adenopatie, per il logoramento di tutto il sistema nervoso.

In questo modo, risalendo alle cause, si può fare la diagnosi, che non è quella di una dermopatia idiopatica, ma di una dermopatia sintomatica da alcoolismo.

Da oggi in poi incominceremo la cura ab adiuvantibus et ledentibus.

Non alcoolici. Bagno generale al sublimato: iniezioni ipodermiche di bicloruro di mercurio. Massaggio sulla cute e idroterapia. Massaggio che ecciti questi connettivi e faccia uscire i depositi, che avvelenano i tessuti.

A diminuire i fenomeni catarrali cronici dello stomaco si somministrano: tintura di rabarbaro, acque alcaline, dieta carnea, latte, uova.

Per avere dei risultati da questa cura ci vorrebbero altre condizioni di ambiente che non sono quelle di una clinica: vita attiva, aria di montagna.

Nella nutrisione dell'uomo non si ha la stessa nutrisione in tutti: per chi lavora mentalmente deve aversi dagli altri tessuti i materiali necessari per la nutrizione del sistema nervoso. Qui non è che il sistema nervoso spenda oggi le proprie forse; le ha spese, per cui è in debito; e questa spesa non è stata fatta per consumo nel lavoro intellettivo, ma per consumo di tutta la vita nervosa nell'abusare per piaceri brutali, consumando le più alte energie per funzioni basse.

Questo abuso ha resi impari i poteri regolatori di fronte alla irritabilità dei tessuti: questa ha preso il sopravvento e, nei connettivi, si rivela con fenomeni di orticaria; uella epidermide si rivela con fenomeni di vescicolazione e di flittenosi. E questa flittenosi, cosidetta erpetiforme, rientra così nel grande gruppo delle flittenosi, la cui importanza oggi è diminuita, dal momento che si è dovuto riconoscere, che rappresentano un sintoma, e non un morbo sempre identico a sè stesso.

ACNE ROSEO E SIFILODERMA NODULARE

Sommano. — Morfologia dell'erusione eritematosa acneica; delimitazione spiccata dei margini di questa erusione. — Concomitansa di localizzasione acneica, da acne roseo, e per sifilide, in un medesimo tratto di cute; concomitansa identica che si può avere tra l'acne roseo e la tubercolosi. Le cagioni possono essere, dunque, alcoolismo e sifilide, alcoolismo e tubercolosi. — Risultati della cura che vengono tenendosi conto di queste cagioni tutte. — Importansa curativa dell'alimentasione proteica; e dell'agevolamento meccanico della circolazione plasmatica nei connettivi.

Questo infermo, non della Clinica, noi lo vedremo soltanto oggi. Presenta eruzione papulosa e maculo-eritematosa, con distribuzione a cerchi e semicerchi; colorazione rosso-fulva; uniformità di essa. L'eruzione è anche nel volto, gote, fronte, pertinenze del naso; tal modo come si presenta distribuita, fa comprendere che, dalle vicinanze del naso, sia andata diffondendosi.

Nel naso si ha leggero grado di arrossimento dovuto a stasi. Se questa manifestazione nel naso fosse in individuo senza altra manifestazione, si direbbe un 1º grado di acne rosso. L'eruzione si specifica nei margini dello arrossimento statico del naso dei tratti confinanti delle gote.

Si riconosce in questa forma un acne rosco, la cui etiologia non è degli ordinari aone rosei; qui vi è pure una manifestazione sifilitica, la quale, per sè sola, rappresenta i tre quarti della intensità dell'alterazione cutanea, che noi abbiamo diagnosticata per acne roseo sifilitico. Invece della complicanza di una manifestazione sifilitica. in alcuni casi di acne roseo può trovarsi la complicanza di una manifestazione tubercolare. Naturalmente in queste forme di alterazione vasale, che vanno sotto il nome di acne roseo, si riconòsce come momento genetico principale l'alcoolismo. Come l'alcoolismo altera la cute, così induce malattie croniche del fegato, cervello, in cui campeggia spesso un altro momento causale, la sifilide. Così è per la cute in questo caso. Non è possibile sperare una cura seria, se non si tenga conto di tutte e due queste cagioni, in casi simili. L'infermo ha forte cefalea, non persistente: essa è frontale, e si manifesta nelle ore della notte. Non presenta sintomi per poter fare diagnosi di localizzazione cerebrale. La cefalea non è sufficiente a far dire che abbia sifilide cerebral. E' una cefalea idiopatica, probabilmente sifilitica. La diagnosi della eruzione sarebbe: Sifiloderma nodulare sparso, superficiale, con eritema statico acneico (acne roseo); cefalea d'origine

nervosa, non ossea, probabilmente periferica. Questa cefalea sarà forse dipendente da qualche lesione vasale, di origine sifilitica, considerato che in questo infermo i capillari, deboli per sè, sono in grossa parte lesi per alcoolismo, di cui ne abbiamo segno nella localiszazione nasale.

Per la cura della malattia si deve riflettere che si tratta di un individuo con alterazioni sistemopatiche vasali. Il fenomeno dell'alterazione vasalo per alcoolísmo, non impone che si debba sospendere del tutto l'alcool nell'infermo in questo momento. L'anemia avanzata, in cui egli trovasi, ha bisogno che sia combattuta, sostenendo con un po' d'alcool e con cibi facilmente assimilabili, le forse dell'infermo, e più di tutto con nutriz one soprasatura con sostanze proteiche. In questo infermo si deve dare l'alimentazione in modo che venga assorbito tutto; per ciò, mentre si deve dare conveniente alimento da una parte, deve provvedersi che questo alimento sia digerito, assorbito, assimilato; quindi joduro, ginnastica, massaggio, onde ottenere la circolazione dei succhi anche nei connettivi.

L'individuo che non è preparato a ricevere una più abbondante quantità di nutrimento, può andare incontro a ristagni dei succhi proteici passati nei tessuti. Il massaggio viene imprimendo un movimento di circolazione in una parte del corpo di succhi che non vengono riassorbiti e che han bisogno di essere portati altrove. Poi: mercurio, 1 milligramma per iniesione, metodo Baccelli; 1 centigr. metodo ipodermico; 2-3 centigr. protoioduro. Finchè dura l'anemia non è il caso di dare forti dosi di joduro di potassio.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società di chirurgia di Parigi.-Sulla chirurgia del polmone. - Tubercolosi renale.- Fistola vescico-vaginale complicata ad obliterazione completa della parte superiore
dell'uretra. - Società medica degli espedali di Parigi.-Un
caso di pleurite purulenta da bacillo di Friedla e nder. - Il torace a barca nella siringomielia. - Sulla
scarlattina.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI

Tornata del 17 febbraio 1897.

Sulla chirurgia del poimene. Lejare riferisce su 2 casi di gangrena polmonare da lui operati che furono citati nelle precedenti tornate della Società chirurgica di Parigi. Dopo di avere descritto il processo operatorio e gli esiti buoni del processo come atto operativo, si ferma sulla difficoltà che offre talvolta la diagnosi di una lesione polmonare, Nei suoi 2 infermi lo scollamento fu facile ed in uno potè perfino definire la lesione (V. appresso *Rivista di Clinica*).

Bazy dice, che quanto all'espansione del polmone depo la pleurotomia, poco influisce la posizione dello infermo, ma molto la respirazione artificiale.

Routier. — In un caso di pleurotomia per pleurite interlobulare suppurata, la pleura si scollò facilmente, ma l'oratore non potè ottenere alcun particolare utile.

Tubercolesi rensie. Routier nei vari casi di tubercolosi del rene da lui osservati, non ha mai rissontrato il dolore tanto forte segnalato da alcuni. In 8 donne con ematuria abbondante, una (nefrectomizzata) non aveva nel rene che un piccolo tubercolo a livello di una papilla, causa di grave emorragia; le altre due, che non furono operate, benche il rene fosse dolente e voluminoso, non ebbero più perdite di sangue, l'una per 9, l'altra per 18 mesi. L'oratore ha inoltre eseguito 8 nefrotomie e 8 nefrectomie per suppurazione del rene. In tutte le operate si ebbe notevole miglioria.

Fistela veseice-vaginale complicata ad ebliterazieme completa della parte superiere dell' uretra. Berger
ha osservato queste lesioni in una multipara; si
determinarono in seguito al 7º sgravo che fu
difficoltosissimo. La perdita di sostanza della parete anteriore della vagina era di 6×4 cm. ed
era intorno intorno circondata da una sona di
tessuto cicatrisiale.

La parte superiore dell' orificio distava per 1 cm. del collo della vescica. Esisteva inoltre una obliterazione completa della porsione superiore dell' uretra ed il fondo di questa obliterazione era ricoverto della mucosa vescicale.

Tutta l'urina, quindi, veniva fuori per la fistola. In una prima operazione, l'oratore procedette
alla restaurazione dell' uretra e, mediante fili disposti in una speciale maniera, poté ottenere una
riunione delle superficie sezionate, sensa recidiva
di obliterazione. Alcun tempo dopo, l' oratore intervenne sulla fistola vaginale operando nel seguente modo: intorno all'orificio, previa recentazione, dissecò la parete vaginale formandone una
specie di collaretto, che rivoltò dalla parte della
vescica e sulla quale applicò un primo piano di
sutura al catgut; indi applicò 18 punti di sutura con filo di argento sulla mucosa vaginale.

La riunione non fu completa; ma 5 mesi più tardi con un 2° intervento, guari del tutto. Due mesi dopo, la donna poteva mantenere le urine per 2 ore, stando in decubito dorsale.

L'oratore insiste su 2 punti essensiali per la buona riuscita delle operazioni di fistola vescicovaginale, cioè sulla dilatazione preoperativa della vagina e sul metodo così detto americano, di modificazione della fistola. SOCIETÀ MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI Tornata del 19 febbraio 1897.

Un case di picurite puruienta da bacille di Frie dia nder. Siredey e Grosjean in un individuo sessantenne, non alcoolista, che stette sempre bene, hanno osservato una picurite con esite in morte, consecutiva a bronco-polmonite e gangrena. Alla autopsia non si rinvenne altro che il bacillo capsulato del Friedlander quasi allo stato di cultura pura.

Non si trovò altro microbio patogeno.

Negli espettorati, nell'essudato pieurico, ed in quello bronchiale, sempre lo stesso reperto.

Inoculata a cavie la cultura in agar, diluita in brodo sterilizzato, queste morirono esclusivamente per bacillosi friedlenderica. Gli oratori riportano il caso, perchè da qualche tempo si ripeteva, il bacillo di Friedlander non fosse patogeno.

Rendu dice di avere osservato 2 casi analoghi, entrambi seguiti da morte; da ciò bisogna dedurre che la benignità attribuita da Let ulle e Netter al microbio di Friedlandernon è troppo accettabile.

Sevestre ha osservato 8 casi di angina da bacillo di Friedlander. Tutti e 8 furono seguiti da guarigione, però questa fu stentata.

Il terace a barca nella siringemiella. Marie e Astié parlano dei disturbi ossei che si hanno nella siringomiella; fra gli altri richiamano l'attenzione sopra una conformazione speciale del torace incavato a barca che hanno osservato solo nei siringomielici e che per questo ritengono possa essere utile dal punto di vista diagnostico. Per gli oratori si tratta evidentemente d'una lesione trofica delle ossa. Su 10 siringomielici l' hanno osservato ben 4 volte.

Sulla scarlattina. Comby nello scorso anno ha curato di scarlattina 500 bambini. La maggiore frequenza è stata rinvenuta tra i 8 ed i 9 anni. La mortalità ottenuta fu dell' 8, 8 ° [6. Resistono meglio i più adulti fra i bambini. L' oratore insiste sull' importanza, per la diagnosi, dell'esantema bucco-faringeo, che permette di discernere la vera scarlattina dagli eritemi scarlattiniformi.

La cura fu sopra tutto igienios. Nelle forme iperpiretiche, bagni freddi a 2000. Nei casi di irritazione bucco-faringea, furono fatti collutorii antisettici.

Nacciarone

RIVISTA DI CLINICA

Olinica chirurgica dell'Ospedale Beaujon di Parigi (prof. Lejars)

Due operazioni di gangrena peimenare

Si trattava di due infermi ricoverati nel gennaio 1896 nel reparto Fernet all'Ospedale Beaujan.

Il primo era un portinaio cinquantenne, di

aspetto molto infelice, colpito da più mesi da panefrite e notevole albuminuria.

Da 10 giorni era affetto da gangrena polmopare con alito fetidissimo (da 2 giorni) ed abbondante espettorazione di materiali grigio-brunastri di pessimo odore. Stato generale grave; oltre alla febbre eravi notevole depressione delle forze.

Un esame accurato degli organi toracici permetteva di stabilire che la gangrena era circoscritta alla parte posteriore del lobo superiore di destra. I sintomi fisici (ipofonesi e grossi rantoli sotto-crepitanti, quasi umidi) occupavano una estensione grande quasi quanto la palma di una mano, nella metà inferiore della fossa sotto-spi-

Dietro queste indicazioni topografiche fu praticata l'operazione il 9 febbraio 1896. Il focolaio trovandosi sotto l'omoplata, io feci una larga incisione a convessità in basso, formando un lembo che sollevai e così misi a nudo l'angolo inferiore della scapola.

Resecai poi un segmento di circa 8 cm. della 4ª, 5ª, e 6ª costola. A livello della breccia così ottenuta, fu scollata la pleura senza smagliarla; continuando cautamente con le dita lo scollamento in alto ed in dentro per un raggio di 5 a 6 cm., la membrana, grigiastra, ed un pò inspessita si lasciava facilmente scollare, tanto che avrei potuto andare anche oltre; ma avendo coel scoperta tutta la sona che dall'esame medico era stata riconosciuta quale sede del focolaio gangrenoso, io cercai di vedere se qualche indizio potesse farmi riconoscere all' ispezione o al palpamento il focolaio ammalato.

Solo verso dentro, ai limiti dello scollamento, io potei notare una specie di inspessimento a contorni indeterminati che contrastava con la resistenza di tutto il resto della superficie polmonare accessibile.

Allora io feci quivi una incisione di quasi 2 cm., introducendovi subitamente il dito e sopra questo una pinza fissatrice che afferrava il polmone tenendolo tirato verso fuori; io avevo così una specie di tappo polmonare che otturava in gran parte l'orificio pleurico e quindi poco o nulla d'aria penetrava nella cavità del torace.

Tirato così ii polmone, io esplorai direttamente con le dita la maggior parte del lobo superiore e del medio senza poter rilevare alcuna notevole alterazione circa alla consistenza; solo in dentro, in prossimità della colonna vertebrale,

esplorazione diretta lo stesso inspessimento e ralisi generale e dippiù da artero-sclerosi con (fatto più importante) constatare che a tale livello il polmone era aderente.

> Io allargai allora da questo lato l'orificio pleurale e con le dita penetrai nel tessuto polmonare ove, dopo avere appena attraversato uno strato di circa 2 cm., ruppi una cavità ripiena di un liquido sanioso, nerastro, fetidissimo. Questa cavità che avrebbe potuto contenere un uovo di tacchino era tapezzata da una specie di membrana grigiastra piogenica; fissatine i margini con pinze, la detersi come meglio potei, e ne fermai l'orificio alla parete mercè punti staccati in catgut. Il rimanente dell'incisione pleurale fu suturata.

> Marsupializzato così il focolaio gangrenoso, zaffai con garza jodoformica, ed il lembo cutaneo, ribattuto, fu suturato in parte.

> L'ammalato sopportò abbastanze bene l'operazione; passò una giornata relativamente calma; alla sera la temperatura era di 86°,8, il polso frequente, ma buono.

> L'indomani mattina, la posizione sembrò disperata: polsi 182, piccoli; atti respiratorii 89, temperatura 88°,8 naso ed orecchie fredde, rantolo tracheale. Alle 11 a. m. si praticò una iniezione intravenosa di 2 litri di siero di Hayem; il polso risali e divenne meno frequente, l'infermo prese un pò di calore; si continuò l'uso del siero per via ipodermica ed intravenosa durante tutta la giornata; lo stato generale, grave al mattino, divenne meno minaccioso. Sventuratamente l'infermo urinava pochissimo ed i reni si opponevano all'eliminazione del siero. Il giorno seguente l'intermo morl.

> L'autopsia dimostrò che senza la complicanza del rene, la guarigione sarebbe stata possibile; difatti non vi era altro focolaio gangrenoso; quello che era stato aperto occupava la parte infero-interna del lobo superiore; i suoi margini erano rimasti in connessione normale con la parete; nelle cavità pleuriche solo un pò di liquido sieroso.

> Questo stesso liquido si rinvenne in grandissima quantità nell'addome, in cui tutti gli organi erano sede di una specie d'infiltrazione sierosa; i 2 reni, piecoli, duri, raggrinzati, erano totalmente sclerosati e per tale insufficienza, il siero iniettato era stato senza dubbio per una gran parte causa dell'anasarca generalizzato.

Il secondo operato era un uomo di 88 anni, lavandaio degli Ospedali, esposto quindi a facili al punto più sopra accennato, potei notare alla contagi. Vigorosissimo, aveva però incominciato

a dimagrare da 2 mesi; tosse, sudori notturni, indebolimento. Dopo 8 settimane egli era diventato veramente infermo e dovette mettersi a letto. Il 20 gennaio fu accolto nel reparto del Fernet. Egli presentava tutti i sintomi di una grave infesione; temperatura 89°-89°,5, polso frequente, faccia pallida, gonfia.

In esso si constatarono i sintomi di una bronco-pneumonite localissata nel lobo inferiore del polmone di destra, sopratutto verso dietro ed, inoltre, quelli di un induramento parsiale del lobo superiore destro.

Durante i primi 8 giorni che il paziente passo in Olinica, la situazione restò immutata, ma dopo questo tempo, l'espettorato muco-purulento, che l'infermo presentava dal suo entrare, incominciò ad esalare un odore fetido e due giorni dopo il tanfo era tanto caratteristico che non poteva restare più alcun dubbio sull'esistenza di una gangrena polmonare.

Restava a stabilire la sede del focolaio per uno intervento chirurgico che parve necessario.

A più riprese il Fernet constatò, su una sona larga quanto una palma di mano, alla parte postero-inferiore del polmone destro, ipofonesi e groesi rantoli sotto-crepitanti; dippiù all'apice vi erano tutti i segni di una tubercolosi incipiente. In queste condisioni il focolaio gangrenoso fu localizzato alla base.

Con tali dati, il 27 gennaio 1896 io praticai l'operazione, scovrii (facendo un gran lembo a base in alto e sollevandolo) la sona indicata, che corrispondeva alla parte media dell'80 e 9° spazio intercostale; furono resecate tre costole per una lunghesza di 6 a 7 cm., e con le dita scollai intorno alla breccia il foglietto parietale della pleura.

Lo scollamento fu agevole anche al di là del focolaio, ed il palpamento faceva notare che il polmone era quasi uniforme per consistenza in tutti i suoi punti. Incisi allora la pleura verso il mezzo della porzione scoverta e constatai che essa era aderente al polmone per connessioni lasse di recente formazione.

Io al ora decisi di fare sul polmone una incisione breve e superficiale e per questa via far penetrare il mio dito nel parenchima dirigendolo in dentro ed in alto. Scavai così a poco a poco nel tessuto polmonare una specie di canale profondo 5-6 cm., senza grande difficoltà e senza notevole emorragia, ma anche senza trovare alcun focolaio gangrenoso. Col dito così affondato nel pieno del lobo inferiore mi era facilissimo

apprezzarne la consistenza ed esercitare con la mano rimasta sulla faccia esterna una specie di palpamento combinato; io non rinvenni nulla, e dopo aver portato il mio dito in tutte le diresioni per quanto potevo, dovetti contentarmi di riunire i margini dell'apertura pleuro-polmonare in cui lasciai un tubo circondato da garza jodoformica.

La sera, la temperatura cadde a 87°,4 il polso (benchè frequente) era relativamente buono, la dispnes era moderata, lo aspetto migliore.

Durante tutto l'indomani, le speranse non erano cattive, ma alla sera la respirazione divenne più difficile e la temperatura sali a 88°,2.

Tolta la medicatura, lo stato locale apparve
relativamente buono. L'espettorato che prima era
diminuito, ridiventò abbondante ed un po' fetido. Il 29 gennaio al mattino la temperatura
era 89°, la dispnea ed i segni d'infezione generale non lasciavano più dubbio sull' esito letale
e, difatti, non ostante ogni cura, l'infermo morì
alle 11 di sera.

L'autopsia dimostrò che si trattava di gangrena polmonare, ma che la localizzazione del focolaio era rimasta sconosciuta. La pleura destra era aderente per tutta la sua altezza; il lobo superiore era occupato da una vasta sacca a pareti gangrenose, piena di un liquido putrido grigiastro: la cavità aveva il volume di un pugno e si continuava in basso con un'altra piccola cavità gangrenosa del volume di una noce,

Nel lobo inferiore non v'era altro che lesioni disseminate di bronco polmonite; il fondo del seno scavato dal mio dito terminava a circa 1 cm. dal piccolo focolaio gangrenoso. Non si trovò traccia di tubercolosi.

Quest' ultimo fatto prova ancora una volta quanto sia difficile la diagnosi di sede esatta delle lesioni polmonari e di quanto sarebbe facilitata l'opera del chirurgo se il medico con i messi di cui dispone fosse alla portata di limitare approssi mativamente la sede del focolaio magagnato.

Io mi limito pertanto a far notare che in tutti e 2 i casi, lo scollamento della pleura parietale fu facilissimo e in un caso permise di trovare il focolaio gangrenoso.

In ambo i casi, all'esame extrapleurico segui l'apertura della pleura e l'esame diretto del polmone; in unc, essendo la pleura libera da aderenze, l'incisione stretta del foglietto parietale,
seguita dall'ernia immediata del polmone afferrato da una pinza, prevenne ogni irrusione im-

portante di aria nella pleura senza che sopraggiungesse alcuno accidente.

Ricorderò finalmente che, nell'ultimo infermo potei col dito scavare, in pieno parenchima, un canale relativamente lungo (e realizzare così una specie di esplorazione endo-polmonare) senza provocare alcuna emorragia e per poco non giunsi nel piccolo focolaio.

Io mi guarderò dal formulare conclusioni, intransigenti (poichè l'osservazione di 2 casi personali non le giustificherebbero), ma ho ferma opinione che almeno per ora non si possono stabilire regole fisse, poichè la complessità dei casi particolari le renderebbe troppo spesso illusorie.

E' questa una chirurgia ancora giovane e per far che progredisca occorre l'osservazione di molti fatti e di fatti precisi (Gazette hebdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie, 25 febbraio 1897).

Nacciarone

CASUISTICA CLINICA

Papillomi laringel in un bambino; guarigiene in seguito alla trachectemia. Trattasi d'un bambino di due anni e mezzo, la cui voce era stata molto rauca sin dalla nascita. Nel corso dell'ultimo anno si notò un aumento della raucedine, e la respirazione divenne rumorosa ed alquanto difficile. Questi sintomi diventavano ancor più spiccati, quando il bambino prendeva qualche infreddatura, cosa che gli accadeva spesso.

Il 4 settembre 1895, il bambino fu ammesso nell' Eye, Ear and Throat Infirmary di Londra. Egli trovavasi in cattive condizioni generali, quantunque non fosse andato mai soggetto alle malattie abituali dell'infanzia. La respirazione era rumorosa, ed esisteva dispnea inspiratoria. La voce del bambino era appena percettibile ed intelligibile. Si tentò l'esame laringoscopico, ma un tal tentativo spaventò il bambino e non ebbe altro effetto che di produrre un aggravamento della difficoltà respiratoria. Allora si esegui l'esame laringoscopico durante la narcosi cloroformica, ma sensa ricavarne gran lume per la diagnosi.

Il 7 ottobre la dispuea era diventata tanto grave, che si dovette eseguire la tracheotomia. L'o perazione fu seguita da un pronto miglioramento. La cannula fu portata dal piccolo paziente per sette mesi, durante il qual periodo l'infermo emise di quando in quando, con la tosse, pezsetti

di tumore, aventi l'aspetto di verruche: ciò accadeva specialmente quando si toglieva il tubo, per le necessarie cure di nettezza. Auche nell'espettorato si trovarono pezzetti simili, ed esaminatili al microscopio, si vide trattarsi di papilloma.

Sette mesi dopo l'operazione, non essendosi più notata, già da otte settimane, l'espulsione di nuovi pezzetti di tumore, si tolse la cannula e si chiuse la ferita tracheotomica.

Per alcune settimane, il bambino ebbe, di quando in quando, qualche leggiero eccesso di dispuea, specialmente di notte. Tuttavia il miglioramento fu progressivo, ed alla fine dell'anno 1896, il pasiente era del tutto guarito, e la sua voce era di ventata normale.

Questo caso dimostra il gran vantaggio che può trarsi, nei bambini sofferenti di papillomi laringei, dalla semplice tracheotomia. Un tale intervento dovrà per ciò essera preferito all'asportazione dei tumori con operazioni intralaringee od estralaringee, asportazione che spesso è seguita da recidiva, e che, d'altronde, presenta molti inconvenienti.

In questo caso l'affezione era congenita. Più spesso essa si stabilisce come seguito d'un'affezione esantematica, e specialmente del morbilio (The Lancet, 18 febbraio 1897).

Loddo

Un case di pelimastia. Fullerton ha avuto occasione di osservare, poco tempo addietro, una donna di 86 anni, maritata, la quale, oltre a due mammelle perfettamente normali per posisione, grandezza e funzionalità, presenta due mammelle accessorie, situate una da ciascun lato, tra la mammella normalé e la cavità ascellare, che ne resta in parte occupata. Le due mammelle soprannumerarie sono bene sviluppate, ma alquanto più piccole delle normali. Il capezzolo manca del tutto.

La donna non sa di alcun caso simile che sia occorso nella famiglia in cui essa è nata. Le mammelle soprannumerarie incominciarono a svilupparsi all'epoca della pubertà, contemporaneamente alle altre due mammelle. Il resto del corpo non presenta la minima anomalia. All'avvicinarsi dei periodi mestruali le mammelle accessorie diventano alquanto dolenti, e poi aumentano notevolmente di volume. Esse sono dolenti anche durante la gestazione, e verso il terzo mese assumono un colore brunastro.

Darante l'allattamento, il loro volume aumenta

di molto. Esse diventano sede d'un attiva secresione; e la donna afferma che il latte trasuda allora, in grande abbondanza, dalla pelle di tali mammelle anomale; tanto che la paziente è costretta a tenere, su ciascuna di esse, un tovagliolo piegato a più doppi.

All' infuori della mestruazione, della gravidanza e dell' allattamento, la donna non risente alcuna molestia dalla presenza delle mammelle soprannumerarie; ma allorche queste aumentano di volume, esse riescono alla paziente di grave incomodo, specialmente per l' ingombro della cavità ascellare e per il conseguente ostacolo alla libertà dei movimenti del braccio (The New-York Medical Journal, 80 gennaio 1897). Loddo

Un case di empiema puisante. Me Cosh.—I casi di empiema puisante sono rari; ed ancor più rara è quella condizione nella quale la pulsazione si verifica in un'ernia torscica del contenuto purulento della pleura, cioè nel così detto empyema necessitatis. La pulsazione occorre generalmente in casi, nei quali l'effusione pleurica è localizzata a sinistra; tuttavia essa è stata anche osservata in casi di pleurite destra.

L'empyena necessitatis può spiegarsi nel seguente modo: come risultato d'una lunga pressione, si verifica necrosi d'una parte della pleura. Il pus allora fuoriesce dal cavo pleurico e fa
sporgere in fuori le parti molli che cuoprono il
torace: insinuandosi fra le costole e dando luogo
così ad un tumore esterno. Lo strato muscolare
mano mano si atrofizza, cosicchè infine la pelle
diventa la sola membrana limitante dell'ernia.
Finalmente può anche aversi gangrena di tal
parte della pelle e formazione d'una fistola toracica.

Il seguente caso presenta non poco interesse. Esso fu osservato in un individuo di 87 anni, un fratello del quale morì di tubercolosi polmonare. A parte ciò, i precedenti familiari sono buoni. L'infermo non è sifilitico, nè alcoolista, nè ha mai sofferto di re matismo. Ciuque anni addietro, ebbe una pleuro-polmonite, della quale guari a quanto pare, completamente. In quel torno di tempo andò pure soggetto ad una fistola anale, la quale guari in seguito ad operazione. Lo stato generale si mantenne abbastanza buono sino al decembre 1895, quando l'infermo incominciò ad avvertire un certo grado di dispnea. Questa aumentò mano mano sino al punto, che verso la metà del successivo genuaio, il paziente dovette interrompere le sue occupazioni. Egli aveva leg-

giera tosse, non accompagnata da espettorazione, nè da sudori notturni. Verso la metà di febbraio, l' infermo notò una piccola tumefazione pulsante nella parete toracica sinistra, in un punto intermedio tra il capezzolo e la parte centrale della clavicola.

La dispuea andava mano mano crescendo, e al tempo stesso l'infermo dimagrava e si sentiva sempre più debole. La puntura esplorativa dimostro trattarsi d'un empiema pulsante. Con l'esame microscopico del pus si constatò in esso la presenza di bacilli tubercolari.

Il 28 maggio 1896, il paziente fu ammesso nella clinica chirurgica di New-Jork. Temperatura 86°, 6, polso 120, respirazione 82. Esiste notevole dimagramento ed anemia, come pure considerevole dispuea durante i movimenti. Sulla superficie anteriore del torace sinistro, esiste una tumefazione circolare, del diametro di circa quattro pollici. Tale tumefasione pulsa in modo evidentissimo. Alla palpazione, si percepisce un impulso tanto forte, quanto quello d'un aneurisma aortico. La pulsazione è sincrona col battito cardiaco ed è più spiccata nell'espirazione. La tumesazione è, in gran parte, riducibile con una forte pressione. Anche gli spasii intercostali di sinistra sono sede di evidenti pulsazioni. Fremito toraco-vocale e mormorio respiratorio aboliti nella metà sinistra del torace, eccetto all'apice. dove la percussione dà risonanza alquanto timpanica. Il cuore è spostato a destra in modo assai considerevole, e la sua punta si sente battere più che un pollice infuori dei margine destro dello sterno.

Previa cloroformizzazione, si esegui la resezione d'un pezzo dell'ottava costa, e si estrasse dal cavo pleurico una gran quantità di pus cremoso, non fetido. L'usoita del pus fu agevolata con irrigazioni di soluzione salina calda. Ma siccome nel cavo pleurico restavano ancora masse spesse e consistenti di fibrina e pus coagulati, si dovette allargare l'apertura toracica, resecando anche la nona costa. Su tutta la superficie della plura esisteva uno strato molto alerente di essudato, che fu rimosso, per quanto era possibile, meccanicamente, nettando la superficie pleurica con pezzi di cotone. Si applicarono due grossi tubi da fognamento el alcune strisce di garza jodoformica, destinata allo stesso scopo.

avvertire un certo grado di dispnea. Questa aumentò mano mano sino al punto, che verso la cuore incominciò a ritornare verso la sua posimetà del successivo genuaio, il paziente dovette
interrompere le sue occupazioni. Egli aveva legpunta sentivasi battere a sinistra dello sterno.

Siccome alcuni hanno sostenuto, che nella produzione dell'empiema pulsante, rappresenta una parte importantissima la densità considerevole dell'essudato, così l'autore volle approfittare di questo caso, per delucidare tal punto. A tale scopo si riempì il cavo pleurico di soluzione salina, chiudendo temporaneamente l'apertura toracica. Manifestaronsi allora pulsazioni non meno forti di quelle osservate prima dell'operazione, il che dimostra manifestamente inesatta l'accennata opinione.

Il paziente migliorò gradualmente sino al 18 luglio, giorno in cui usci dall'ospedale molto migliorato nello stato generale, ma con la lesione toracica non ancora guarita. La cavità era allora capace di contenere 38 once di liquido, e secerneva da tre a quattr' once di pus ogni 24 ore. Nel pus non esistevano bacilli tubercolari, quantunque la loro presenza fosse stata constatata al principio della malattia.

L'ulteriore decorso dell'affezione non fu favorevole. Benché l'infermo uscisse dall'ospedale del
tutto apirettico la sua temperatura serotina oscillava, quattro mesi dopo, fra 87°, 7 e 88°, 8. Il
polmone non mostrava alcuna tendenza ad espanderei. L'infermo fu per ciò invitato benchè indarno, a rientrare all'ospedale, per subirvi una
nuova operazione, cioè quella di Estlander o
di Schede (Medical Record, 80 gennaio 1897).

Loddo

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

• Annales de Gynècologie et d'Obstetrique » febbraio 1897 ».

Gastre-Isterotomia seguita da istereotomia totale, in una donna con parto a termine per restringimente estreme del bacino. - Pinard e Segond comunicarono il caso all'Accademia di Medicina di Parigi nella tornata del 19 gennaio 1897. Si trattava di una primipara trentaduenne, dell'altezza di m. 1.15 che aveva incominciato a camminare all'età di 8 anri, con una deformazione scheletrica estremamente pronunciata. Il bacino, asimmetrico, aveva un diametro sacro-sottopubico di appena 7 cm. ed 8 millim. La linea innominata di destra era rettilinea e si trovava a circa 2 cm. dall'angolo sacro- vertebrale. Gli autori tenendo presenti questi dati, pensarono ingiustificato ogni tentativo di pelvitomia e fecero proseguire la gestasione fino al termine, per poi praticare, al principio del travaglio, un'operazione cesarea. La gravidenza prosegui senza alcun disturbo. Sopraggiunte le doglie, dopo un nuovo esame del bacino, il Pinar d risolvette di fare la gastro-isterotomia seguita poi dall'isterectomia totale. L'operazione durò un'ora.

I postumi operatorii furono ottimi. Solo al 5º giorno si ebbe un' ascensione termica che non ebbe conseguenze. In capo a 8 settimane la donna si alzò ed ora gode ottima salute. Allatta il suo fantoccio fin dal 2º giorno dopo l' operazione.

Il peso del feto (enorme di fronte alla statura della madre) fu di 8,600 gr.!

Retroflessione completa dell' utero gravido a termine: Ostruzione pelvica par fibroma aderente: Isterectomia totalo addominale : Guerigiene. Varnier e Delbet riportano la storia clinica di una primipara, trentaduenne, ricoverata al Baudelocque. Questa giovane presentava completa retroflessione dell'utero con gravidansa a termine. Dippiù, il bacino era ostruito da un tamore sferico. irregolare, molle, immobile, che occupava tutto il cul-di-sacco del Douglas, della grandessa di una grossa arancia. Fatta una laparotomia esplorativa, si constatò che l'utero si trovava in retroflessione forsata; il collo era situato in alto ed in avanti al di sopra dell'arcata dei pubi, il fondo poggiava sulla parete posteriore dello addome : l'utero era tenuto fissato giù nel bacino da un grosso fibroma.

Allora, resecati i ligamenti larghi ed il collo, gli autori scollarono il peritoneo che copriva il fibroma ed asportarono in una sola volta, utero, collo e tumore. L'operazione durò 80 minuti.

Il foto era già morto poche ore prima che la donna fosse operata. L'inferma si alsò perfettsmente guarita al 22º giorno. L'utero asportato pesava kgr. 5,150.

Fibrema uterine; gravidanza; isterectemia tetale addominale. Monod. — Si trattava di una donna trentanovenne, mestruata regolarmente a 15 anni, maritata a 16. Regole sempre normali; non menorragia ne leucorrea. Stato di salute, ordinariamente buono.

Da 28 anni che è maritata, mai accenno di gravidanza.

Attualmente, le mestruazioni sono sospese, la donna accusa segni probabili di gravidanze; però credendo essa di avere tumori endoaddominali (per la tumefazione del ventre) richiede il soccorso dell'arte.

Stato generale eccellente. Da tutti i messi di esplorazione si viene alla diagnosi di tumori fibrosi (probabilmente sottoperitoneali, per l'assenza di metrorragie) dell'utero, in numero di 2 e per una 8ª tumefazione distinta, si stette in forse tra ciste orarica e gravidanza estrauterina.

Fatta la laparotomia mediana, si rinvenne: utero gravido (4 mesi e 1₁2) al quale aderivano 2 grossi fibromi. L'oratore praticò l'isterectomia totale.

I postumi operatorii furono buoni. Solo nei 2 primi giorni si iniettarono una volta 400 ed un' altra 500 gr. di siero artificiale per via ipodermica.

Bli olsmenti giandulari nei fibremiemi uterini. Legueu e Marien dopo di avere discusso la genesi degli elementi ghiandolari, riportano l'esame istologico di alcuni fibromi uterini nel cui interno si trovavano elementi ghiandolari. Il tumore fibromatoso in tutti i casi proveniva dalla mucosa uterina. Gli autori però da alcune considerazioni concludono che gli elementi ghiandolari ivi rinvenuti sieno di provenienza della stessa mucosa uterina. Passando poi a discutere sulle varie fasi evolutive e di trasformazione degli elementi ghiandolari, gli oratori ammettono che gli elementi ghiandolari, che si trovano nei fibromiomi dell'utero, sieno la risultante della proliferazione della mucosa e che la evoluzione di questi elementi spiega lo sviluppo delle cisti a rivestimento epiteliale, che sogliono osservarsi in questi tumori, e spiega esiandiò la controversa questione della trasformasione cancerigna dei fibromi.

La perivaginite flemmonesa dissecante. -- Weber dopo avere riportato un caso di perivaginite flemmonosa dissecante, dice che l'etiologia di questa affezione è ancora ignota; quanto ai fenomeni generali cha l'accompagnano, pare sieno dovuti ad un intossicamento dell'organismo da veleno settico. Per analogia ritiene probabile si tratti di streptococchi piogeni, i quali trovandosi nella vagina, in seguito ad un coito violento o ad una lesione di continuo determinatasi in un modo qualsiasi, penetrano nel cellulare peri-vaginale, dando luogo alla formazione di un grave processo flemmonoso. La perivaginite flemmonosa dissecante, malgrado la gravezza dei sintomi, raramente ha esito letale. Nacciarone

IL MEDICO PRATICO

Cura dolla pitiriasi versiosiere

La cura più efficace e rapida secondo il Brocq (Gaz. hebdom. de Mèd, et de Chir.), sarebbe la tintura di jodo, applicata ripetutamente sulle macchie di pitiriasi, la quale distruggerebbe il male in pochi giorni.

Se però le macchie sono troppo estese bisogna ricorrere alla formula seguente:

Acido salicilico	centigram. 80
Zolfo precipitato	gram. 2
Ossido di zinco	> 8
Terra silicica Lanolina) ana - 5

Questa pomata sarà applicata dopo aver lavato le

tiepido semplice o solforoso) e sapone salicilico preparato come segue :

Sapone molle di potassa	gram.	60
Acido salicilico	>	2
Resorcina		1

La pomata si lascia applicata per 12 ore, dopo di che si toglie, mediante unsione di vaselina pura e nuova lavanda con sapone.

Non bisogna dimenticare che la pitiriasi si rinnova facilmente e quindi la cura deve essere ripetuta e si deve sempre cambiare, dopo la cura, la biancheria e farla disinfettare, poiché altrimenti per la permanensa in essa del parasita patogeno (il microsporon furfur) non si otterrebbe mai una guarigione definitiva.

NOTIZIE

Congresso di giurispradonza medica

Nel mese di agosto si riuninera a Bruxelles un Con gresso di giurisprudenza medica. Nel programma dei lavori troviamo i seguenti temi di discussione:

L'ipnotismo nei suoi rapporti con gli atti criminosi.

Il segreto professionale e la legge.

Le funzioni ed i doveri dei periti medici nelle perizie medico-legali.

Congresso todosco di chirurgia

Qu sto congresso sarà tenuto a Brunn in Tubinga dai 21 al 24 prossimo aprile. Fra i temi all'ordine del giorno sono:

- 1. Cura chirurgica dei tumori dello stomaco (rel. Leubee Mikulicz)
- 2. Importanza dei raggi di Roentgen per la chirurgia (rel. Kummel).
- 8. Trattamento operativo dell' ipertrofia prostatica (rel. Helferich).

Nuovo espedale per bambini a Venezia

Leggiamo nel « Policlinico » che si è già raccolta la somma di 155,000 per l'ospedale da erigersi a Venezia pei bambini poveri, di cui si è fatto promotore il prefetto comm. Caracciolo.

Premii di fondazione Fossati

ll concorso ai premii della fondazione Fossati è aperto a tutti gli italiani e potrà essere fatto, tanto con manoscritti, quanto con opere pubblicate; ma fra queste ultime saranno escluse quelle anteriori ad un quinquennio e quelle già altrimenti premiate.

I manoscritti premiati saranno restituiti all'autore, perchè ne curi a sue spese la pubblicazione ; dell'opera parti malate con acqua tiepida (meglio in un bagno pubblicata dovranno consegnarsi, insieme al manoscritto, tre copie al R. istituto Lombardo, una delle quali destinata alla biblioteca dell'Ospedale Maggiore, ed una a quella del Museo civico di storia naturale; dopo di che soltanto potrà il premiato ritirare la somma assegnata al premio.

Tema pel 1897, pubblicato il 8 gennaio 1895

Dimostrare quale e quanta parte abbia il gran simpatico, o sistema nervoso gangliare, nelle diverse funzioni dell'umano organismo.

Scadenza 80 aprile 1898, ore 15. Premio lire 2090.

Tema pel 1897, pubblicato il 7 gennaio 1897

Illustrare un punto di anatomia macro o microscopica del sistema nervoso centrale.

Scadenza 1 maggio 1899.

Premio L. 2000.

AND THE PART THE THE CAST THE SAID PART THE CAST DAY CAST DAY CAST DAY ONLY DAY CAST DAY CAST THE CAST DAY CAST

VARIETA'

li pulviscelo dei caffè

Nell'istituto d'Igiene di Torino. il dott. Mazza ha eseguito molte ricerche batteriologiche sulla polvere dei sedili di cinque caffé della città. I batterii contenuti in un grammo di questa polvere variarono da 1,580,000 a 8,170,000. Con le culture e con inoculazioni nel peritoneo e nel tessuto cellulare delle cavie potè isolare lo stafilococco aureo, l'albo, lo streptococco, il diplococco di Frankel e in due casi il bacillo della tubercolosi.

Un nuovo mezzo di avere una consultazione gratuita ed esatta.

Una signora di New-York molto ricca, temendo di soffrire il morbo di Bright; ma non volendo ricorrere ad un medico se non quando fosse stata sicura della malattia, ne volendo spendere per una analisi accurata dell'urina, o ricorrere ad una poliambulanza, in cui forse non si sarebbe fatta un'analisi esatta, ebbe un' idea semplice e luminosa. Fece subito domanda ad una Società di assicurazione sulla vita per assicurarsi per una forte somma, ed allora due medici si recarono da lei e l'esaminarono accuratamente, non mancando quindi nemmeno di analizzare le urine. Alcuni giorni dopo la Società le scrisse che la relazione medica era stata favorevole alla domanda e quin li la proposta di assicurazione era accettata; ma la signora contenta della risposta e dell'idea avuta, rispose semplicemente che avea cambiato parere.

Se l'esempio trovasse imitatori, e non sarebbe difficile, pe chè il mezzo è ben trovato sopratutto per la sicuresva, se non pel risparmio, cui non tutti baderebbero, le Compagnie di assicurazioni avrebbero un bei da fare, a meno che non pensassero di mettere un presso per le visite mediche, il che non sarebbe punto conveniente.

Redaffore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manisomio per 8600 alienati da erigerei nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marzo p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadena 15 marso.

Cattedre universitarie

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Milano. — Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fon lazione Zanet ti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Acquasanta. (Ascoli Piceno). Concorso ad una delle tre condutte medico-chirurgiche per la generalità degli ab tanti. Stipendio annuo L. 8000 nette di R. M. obbligo della cavalcatura. L'eletto deve assumere il ser vizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina. Il concorrente oltre; soliti certificati deve produrne anche uno che comprovi di essere stato per almene tre anni Direttore od Assistente in qualche Ospedale.

Scadenza 15 marso.

l signori abbonati che hanno ricevuto la nestra circolare e non ancora hanno adempito a quanto la essa si chiedeva, le facciamo neto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dope tale termine spediremo Il ricevo gravato delle spese occorrenti. ommano. — 1. Riviste sin'etiche. — Chirurgia del panoreas. —2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma (prof. Campana). Orchite gommosa: epididimite con uretrite e cistite purulenta del collo. — 8. Rivista di Clinica. Clinica medica di Genova (prof. E. Maragliano). Melanodermia; Diabete; Melanosarcomi dei gangli linfatici del fegato e del pancreas — 4. Rassegna della stampa. Patologia e cinica medico-chirurgica. — 5. Formulario. — 6. Notisie.

RIVISTE SINTETICHE

Chirurgia del Pancreas (Körte).

Le malattie del pancreas sono ancora ben poco note. Soltanto in questi due ultimi decennii la chirurgia ha incominciato a studiare accuratamente le affesioni di quest'organo.

A quanto pare, A. Petit sarebbe stato il primo a riferire che egli operò in un tumore del pancreas. La relazione di Mondiere è ben poco esatta. Nel 1845 Bardele ben operò un ascesso, sviluppatosi in seguito a lesione violenta, il quale aveva punto di partenza dal pancreas. Oggi ancora, alcuni autori riferiscono che nel 1856 Laborderie avrebbe asportato il pancreas prolassato, ma ciò è un errore, perchè egli stesso ebbe a dichiarare che, nel suo caso, erasi trattato di sezionare l'omento prolassato.

Le cisti del pancreas, fin da che Gussenbauer nel 1882 stabili, per il primo, la diagnosi, e propose di cucire la parete della ciste, sono state riscontrate con sempre maggiore frequensa. L'autore ha raccolto nella Letteratura 104 casi di questa specie, fra i quali due osservati da lui.

Meno noti sono i casi di infiammazione del pancreas. Le forme leggiere sono quasi completamente inaccessibili alla diagnosi. Per la cura chirurgica possono cadere in considerazione: la infiammazione suppurativa, la necrosi, e certe forme di cronica infiammazione del capo del pancreas, le quali determinano la compressione del dòtto coledoco. La infiammazione suppurativa, raramente si produce per metastasi, il più di frequente accade per diffusione della flogosi e migrazione di microbii (dall'intestino e dal sistema biliare) nel dòtto wirsungiano. Possono prodursi molti piccoli ascessi disseminati in tutta la glandula, ovvero grossi focolai purulenti, dai quali prendon punto di partensa suppurazioni peripancreatiche.

Questa forma di infiammazione è stata prodotta sperimentalmente mediante injezione di sostanze chimiche irritanti, oppure infettive, nel parenchima o nel dòtto escretore. Il decorso in alcuni casi è acutissimo, ma per lo più è cronico. Il fo-

colaio purulento nella glandula o nel tessuto adiacente, può, in talune circostanze, essere diagnosticato come tumefazione retro-peritoneale o della borsa omentale, e allora viene sottoposto alla cura chirurgica. Sono stati descritti sette casi operati, di cui uno dall'autore; quattro degli operati guarirono e tre morirono. I pericoli, da cui è minacciato principalmente l'infermo, sono la penetrazione del pus in organi limitrofi o la trombosi suppurativa delle vene. La cura chirurgica è tuttora possibile soltanto in un piccolo numer di casi.

La necrosi del pancreas per lo più è una conseguenza dell'emorragia. Questa può insorgere spontaneamente, senza alterazioni infiammatorie primarie nella glandula, ovvero si origina in conseguenza della infiammazione acuta: pancreatite emorragica. L'emorragia, per lo più, conduce rapidamente alla morte, in messo a gravi fenomeni da parte del canale intestinale, associati al collasso. Molte volte la sindrome fenomenica era simile a quella del miserere. Se gli infermi superano il primo attacco, le parti del pancreas, affette da infiltrazione emorragica, divengono necrotiche, e cono sequestrate per infiammasione reattiva. Si producono grosse caverne icorose peri-pancreatiche, nelle quali é inglobato il pezzo necrot co della glandula. Queste caverne possono essere diagnosticate ed operate con una incisione lombare retro-peritoneale al lato sinistro, oppure con una incisione eseguita anteriormente. L'autore ha veduto cinque casi di questa specie: quattro furono operati. Uno ammalò più tardi di diabete, che non esisteva prima dell'operazione.

Insieme alla pancreatite emorragica ed alla necrosi, più di rado nella pancreatite suppurativa si riscontra la necrosi disseminata del tessuto, sulla quale Balser nel 1882 richiamò la attenzione.

Le opinioni circa il nesso causale fra queste due affesioni, sono discrepanti. Alcani riguardano la necrosi adiposa come il fattore primario; altri la ritengono come una conseguenza secondaria dell'affesione del pancreas.

Gli autori che, per lo passato, fecero molti esperimenti sul pancreas, non tengono punto parola di questa affezione; e basti dire che di essa non ne fa menzione neppure il Senn, che nel 1888 esegui molte ricerche sperimentali sopra quest'organo. Langerhans ha, per il primo tentato di determinare la necrosi adiposa, portando il pancreas nel tessuto adiposo retroperitoneale. Sopra 12 esperimenti, egli ottenne 1 risultato positivo. Hildebrand te Dittmar hanno fatto esperimenti sugli animali, e constatato che le lesioni violente del pancreas, le quali determinano un ristagno del secreto, oppure stravaso del secreto, ovvere stasi del sangue nella

glandula, provocavano la necrosi del tessuto adiposo.

Dalle ricerche sperimentali, che l'autore ha eseguito sopra cani e gatti, risulta che dopo contusioni e lacerazioni del tessuto glandulare, insieme a legature di vasi, egli non vide prodursi alcuna necrosi adiposa. Quando furono escissi pezzi della glandula ed impiantati nella cavità addominale, si verificò, 4 volte, sopra 6 casi, la necrosi del tessuto adiposo.

Le injezioni di sostanze chimiche irritanti (olio di trementina) provocarono una infiammazione cronica interstiziale. Il pus infettivo, oppure le culture di batterii, determinarono, per lo più, suppurazione, talvolta soltanto un'infiammazione interstiziale. Sopra 16 esperimenti di questa specie, 6 volte fu riscontrata la necrosi del tessuto adiposo.

In una terza serie di esperimenti, si determinò anzitutto l'infiammazione della glandula con le iniezioni di trementina, e dopo quattro a cinque settimane, sull'organo così alterato, furono inferte lesioni violente (3 casi). Non si verificò necrosi del tessuto adiposo, ma sottanto una intensa proliferazione connettivale nella glandula e nelle sue parti adiacenti.

Sicchè, dopo lesioni violente ed infiammazioni (provocate artificialmente) del pancreas, può prodursi necrosi del tessuto adiposo. Però, questo non si verifica in tutti i casi.

Anche nell'uomo, dopo lesioni violente del pancreas, che furono seguite da emorrragia o da infiammazione, è stata constatata la necrosi del tessuto adiposo, cinque volte sopra nove casi. Si può, quindi, ritenere come indubitata la insorgenza della necrosi nel tessuto adiposo dell' addome, in seguito ad affezioni od a lesioni violente del pancreas. D'altro lato, è a notare che la necrosi del tessuto adiposo è stato rinvenuta anche senza alterazioni macroscopiche del pancreas. Sicchè è anche possibile che, in parecchi casi, la necrosi del tessuto adiposo preceda l'affezione del pancreas.

Nei focolai di necrosi del tessuto adiposo fu rono rinvenuti molte volte batterii. Non è stato ancora accertato se essi debbano essere riguardati come il fattore causale della necrosi (Ponfick). A quanto pare, è piuttosto possibile che essi trovino, nei focolai necrotici, condizioni favorevoli di sviluppo, e per ciò continuino a moltiplicarsi.

Nelle operazioni sul pancreas umano, è della massima importanza impedire che il secreto glandulare pervenga nella cavità addominale (Wiener medicinische Presse, n. 8, 1897).

Meyer

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DREMOSIFILOPATICA DI BOMA, PROF. C AM PA-MA. — ORCHITE GOMMOSA: EPIDI DIMITE CON URETRITE E CISTITE PURULENTA DEL COLLO.

Sommano.—Morfologia dell' epididimo ammalato, con partecipazione del cordone deferente; acuzie del processo: perchè cistite del collo e non semplicemente uretrite profonda — Orchite sifilitica; perchè sifilitica — Varietà anatomiche delle alterazioni testicolari in questo caso di sifilide; perchè non fungo benigno del testicolo? quando lo diverrebbe?

Ecco due infermi con alterazioni il 1º in ambedue i testicoli, il 2º del solo testicolo destro. G i antichi chiamavano queste alterazioni orchiti, senza fare altre distinzioni. Il 2º malato, ha uretrite purulenta; le urine sono intorbidate dalla presenza di cellule purulente e lo sono in tutta la quantità di urina emessa; anche se questa raccolta in recipienti separati e numerati. Ciò perchè il materiale purulento che portano con sè le orine non è un materiale purulento dipendente dal lavaggio dell' uretra. ma le urine anche in vescica sono purulente. L' infermo poi non può tenere le orine; un senso di spasmo nel collo della vescica lo costringe di tanto in tanto a farne scappare delle gocce. La infiammasiene, dunque, dall' uretra si è diffosa all'epididimo ed anche alla vescica; è nell'uretra il male e deve trovarsi in quella porzione che corrispon le alla uretra membranosa, perchè nel meato urinario non vediamo essudato di sorta. Nelle ultime gocce di urina non vi è stato sangue e ciò fa ritenere che la lesione vescicale non deve essere molto avanzata. Quindi diremo uretrite della porzione membranosa e cistite del collo.

E nell'epididimo? Palpando il didimo e l'epididimo destro si rilevano queste alterazioni: gli invogli scrotali non mobili, pelle sollevabile appena, non il sottocataneo nè gli altri invogli sottostanti. Il didimo, che è in avanti, è dela grandezza normale, molle, grande come l'altro didimo; l'epididimo oresciuto di volume così da raggiungere quello di un uovo di oca, che, come una borchia, si addossa al didimo; il cordone deferente ispessito, di consistenza dura, superficie scabra, un pò irregolare. La presenza del turgore, rossore e calore, fanno ritenere si tratti di una flogosi ed acuta; quindi di epididimite blenorragica acuta.

Nel 1º infermo, con i due testicoli alterati, e larga ulcerazione della cute scrotale, in parte necrosata l'epididimo è normale in ambedue le parti.

Nella parte ulcerata, la pelle necrosata è distaccabile; il testicolo, in una parte, è senza involucri, e si vede la carne testicolare con masse biancastre, che si estendono variamente, e che, tagliate, non dàuno emorragie ed hanno l'aspetto di masse cascose. Nell' interno dell' uretra vi ha leggera uretrite cronica, della porzione membranosa, siero epiteliale.

Questo catarro uretrale non può essere causa dell'alterazione dei testicoli.

Se lo fosse si dovrebbe trovare l'alterazione degli epididimi che qui manca; altri processi potrebbero essere, o tumori d'indole maligna, o infesioni croniche.

Tumori a indole maligna non possono essere che diano 2 localissasioni eguali nei 2 testicoli sensa ripetizione nelle glandule, sensa quella disuguaglianza di processo tra l'uno e l'altro testicolo, che si vede nei tumori maligni; la tubercolosi è secondaria a quella di altri organi e prevale con manifestazioni delle vaginali proprie dei testicoli. Anche se fosse consecutiva a tu bercolosi dell'uretra, non si avrebbe un aspetto così uniforme e non sarebbero esclusive dei connettivi dei testicoli e si avrebbero localizzazioni nelle vaginali del testicolo: le distruzioni necrotiche tubercolari sono rare, perchè le endoarteriti ed endofiebiti non sono così gravi come nella sifilide.

Quindi si deve ammettere la sifilide.

Il granuloma sifilitico ha dato luogo a ispessimento della albuginea del corpo d'Igmoro e dei connettivi circostanti con stroszamento della circolazione in tratti delle vaginali e caduta in necrosi.

Il tessuto cascificato è selezionato dai tessuti circostanti per le endofiebiti che concorrono a dare la degenerazione grassosa degli elementi del tessuto ammalato, con la diminuzione della introduzione di sufficienti materiali nutritivi; ma esso vive in messo a fibre nervose, che, anche esse, vivono in parte. Diagnosi: orchite interstisiale sifilitica in entrambi i lati; ovchite interstiziale diffusa e gommosa con necrosi degli invogli scrotali fino alla cute. Questo stadio del male deve chiamarsi fungo benigno del testicolo? Questo stadio non si può ancora chiamare fungo benigno del testicolo: se si lasciasse la lesione allo scoperto, con suppurazioni prolungate, si avrebbero vegetazioni di granulazioni esuberanti, e quindi i caratteri del fungo benigno del testicolo. La funzione della secrezione spermatica, nell' individuo con un solo epididimo alterato, non sarà turbata se non si ripetono le epididimiti anche nell' altro testicolo, e se non resti un indurimento che oblitererà i canalicoli spermatici e quindi darà azoospermatismo.

Anche nell'altro infermo, essendo alterati i due testicoli, si avrà l'azoospermatismo. Ciò specialmente quando l'alterazione è, in corrispondenza del corpo d'Igmoro, perchè si obliterano gli scarsi vasi, che vanno al testicolo.

Quando nelle forme didimarie sono avvenute alterazioni nel grado in cui si vedono in questo infermo, non è da sperare facilmente che si ripristini la secrezione dello sperma. E la cura non dovrà essere solo medica, ma anche chirurgica.

Molti individui rimangono infecondi per la persistenza di un nodo blenorragico nella coda dell'epididimo, e non sarebbe selezionare il cordone dal nodo e metterlo in relazione in un tubulo spermatico. levando così il nodo epididimario caudale, che spesso è incomodo ed è cagione della infecondità: se si è riuscito dal Novaro a ricongiungere un uretere non si potrà riuscire a quel che dico io, dove non vi sono le difficoltà di tecnica, degli organi così riposti come gli ureteri. Il prognostico per lo aspermatismo è riservato, ma stante la età si può sperare. Per lo stato generale non vi è nulla di grave. La cura non deve essere solo antisifilitica ma auche locale.

Le masse, necrotizzate, si elimineranno ma ne aiuteremo la caduta coll'allontanarle con le forbici. Ciò deve essere facilitato dall'azione dei mercuriali e dell'ioduro ad alte dosi, perchè l'individuo è robusto. Queste localizzazioni devono considerarsi non come da stimoli estranei in localizzazioni sifilitiche, ma vere localizzazioni della sifilide.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica Medica di Genova (prof. E. Maragliano) Melanedermia — Diabete—Melanesarcomi dei gangli linfatici dei fegate e dei pancreas.

I.

Bagliano Giuseppe, d'anni 55, impiegato ferroviario, ora degente al letto n. 21, è entrato in Clinica il 30 gennaio u. s. — Di notevole nella anamnesi remota sua, non v'ha che il fatto di una sorella morta a vent'anni di tubercolosi. Del suo passato sappiamo che nella prima infansia andò soggetto frequentemente a malattie gastroenteriche: all'età di vent'anni soffri di leggera itterizia; due anni or sono fu ricoverato nelle sale chirurgiche del nostro ospedale per due antraci al dorso, dei quali residuano le cicatrici. Pure due anni or sono gli è stato estirpato dal dorso un piccolo tumore nerastro; fatto che vi prego di ricordare, perchè ha una notevole importansa. L'infermo faceva abuso di vino, liquori e tabacco. La malattia attuale esordi gradatamente nel novembre 1896 con un senso di prostrazione generale anche quando l'infermo non compieva fatiche eccessive. A questo fatto si aggiunse dimagramento rapido e l'insorgere di un graduale colorito pallido - terreo della cute. Due mesi or sono avverti dolori vaghi alla regione lombare di destra, dolori che si irradiavano al- fino a cinque centimetri al di sotto dell'arco col'arto inferiore dello stesso lato e che si presentavano ogni due, tre giorni, dapprima, poi tutti i giorni, irradiandosi, in questi ultimi tempi, anche alla regione epatica. Essi avevano un carattere continuo e sordo, si accentuavano durante la notte e, nelle profonde inspirazioni, diventavano trafittivi. Comparve nel contempo una tumefasione della grossessa di una noce, nella regione ascellare sinistra, tumefazione che era poco dolente. L' infermo continuò nondimeno le sue abituali occupazioni fino al 2 gennaio, quando, essendosi i dolori sempre più accentuati, tenne il letto e chiamò un sanitario, il quale gli prescrisse certe polverine, delle quali non sa dire la natura. Ma i disturbi aumentarono ancora e la tumefazione cominciò pure a dargli noia; per ciò risolse di entrare allo spedale.

Quando questo malato è entrato in Clinica, presentava gli stessi fenomeni che ora possiamo vedere, ma meno accentuati. Esaminiamoli minutamente uno ad uno.

Esame della cute.

L'esame della cute ci dimostra una pigmentazione spiccata di tutta la superficie del corpo, del viso specialmente, dove vediamo un colorito bronzastro uniforme, colorito che con la pressione non si modifica, che non presenta scontiguità cromatiche, macchie. Meno pigmentata è la cute del tronco, pigmentata è pure quella degli inguini e dello scroto, questa però in modo più spiccato di tutte le altre parti del corpo, il viso eccettuato.

Le palme delle mani non sono meno pigmentate del dorso, come non spicca per un colorito più chiaro il letto delle unghie; così pure la pianta dei piedi non presenta differenza alcana apprezzabile dal dorso.

Nella mucosa orale non si riscontrano macchie pigmentate. La selerotica è di un colorito non albo, niveo, ma tendente al bruniccio.

Pannicolo adiposo scarso; la pelle si solleva in larghe pliche; le masse muscolari sono floscie; abbiamo, cioè, tutte le note di un deperimento generale della nutrisione dei tessuti, deperimento chiaramente dimostrato, inoltre, dalla diminusione del peso del corpo, che da 75 kg. è sceso a soli 58.

L'esame dei visceri è negativo, per quanto riguarda quelli toracici. I grossi vasi si riscontrano leggermente induriti, eccetto le radiali; l'aorta è ectasica,

All' apparato digirente si nota anzitutto, dal punto di vista obbiettivo, la lingua molto patinosa. L'ammalato però digerisce bene e l'appetito è discreto. L'esame fisico dello stomaco dimostra che, pur essendo normale, secondo l'indicazione di Leube, la motilità sua, si ha povertà d'acido cloridrico e presenta di una piccola quantità di acido lattico.

L'ammalato ha marcata stitichessa e le feci, pigmentate, sono poche ricche di grasso.

Il fegato è aumentato di volume: in alto, sulla papillare verticale, arriva al quinto spasio intercostale, in basso, sulla stessa linea, si protende stale: sulla linea xifo-ombelicale trovasi alla metà e si protende verso sinistra alla linea emiclavicolare prolungate. Salla marginale dello sterno in alto arriva in corrispondenza del sesto spazio intercostale; sulla ascellare media pure in corrispondenza di detto spazio; sulla linea paravertebrale in corrispond enza della nona costa, e sulla ascellare posteriore accompagna il margine superiore della costa stessa. E' adunque un fegato aumentato in alto e in basso. Questi dati sono meglio completati dal palpamento; dove corrisponde il limite inferiore del fegato, si palpa realmente il suo margiue inferiore, che si seste poco mobile e non tagliente, piuttosto ottuso e come frastagliato. Sulla superficie anteriore accessibile al di sotto dell' arco costale, non si hanno inuguaglianze apprezzabili.

Pare però che nelle sale ospedaliere i sanitari abbiano qualche volta palpato in corrispondensa del lobo sinistro, un corpo ovoide; e lo avrebbero palpato anche i miei assistenti; a me non è riuscito, nelle poche volte che ho esaminato l'infermo, di avvertirlo.

La milsa si palpa nelle forti inspirazioni; i limiti suoi in avanti sono dati dall'ascellare anteriore, in alto dal margine superiore della nona costa, lateralmente dall'ascellare posteriore; è insomma una milza ingrossata.

Null' altro si palpa nell' addome : i gangli inguinali sono piuttosto pronunciati, specialmente a destra.

Al collo non si riscontrano gangli sviluppati: invece nel cavo ascellare sinistro esiste una massa del volume di un grosso novo di tacchino, di consistenza inuguale e composta di una serie di gangli di differente grossezza; su questa massa la pelle scorre liberamente.

L'ammalato dice che talora ha ivi dolori spontanei.

Dal punto di vista della innervazione, si nota una lieve depressione delle attività psichiche non si osservano perturbamenti della motilità; 1 riflessi tendinei sono torpidi.

L'esame della regione renale non presenta dati apprezzabili. Esame delle urine: colorito intenso, limpido, senza deposito, molto pigasesestate! quantità nelle ventiquattro ore osciliante fra i

1400 ed i 2800 co., perciò una media di 2 litri, reazione acida, peso specifico 1980, cloruri gr. 6,022, P2O5 totale 8,619, ammoniaca 0,714, acido urico 0,920, urea totale 41,750, 80° totale 2,980, azoto totale 21,522, azoto dell'urea 19,488, di H³N 0,806, estrattivo 1,145, assensa di albumina, giucosio oscillante fra 289 e 89 nelle ventiquattro ore, scetonuris, traccie di pigmenti biliari, pefitofie sesente, acido aceto acetico, creatinina abbondante, esame microscopio; negativo per gli elementi istologici e për i microrganismi, dimostra solo la presenza di qualche globulo fosso e bianco; esame spettroscopico: negativo per la materia colorante del sangue, presenza di molta urobilina e di una piecola quantità di pigmenti biliari; tossicità normale.

Quindi, glicosuria accompagnata da sufficiente anoturis, proporsionata alla alimentazione, ricca pigmentazione e moderatissima poliuria. Manca

la polifagia e la polidipsia.

L'esame del saugue da un reperto interessante. Globuli rossi 8,600,000, globuli bianchi 8000, emometro Fleischl 85. Al microscopio si notano anzitutto nei globuli rosei delle forme di reggrinzamento del protoplasma, quella necrobiosi effdeglobulare, che io da molto tempo ho descritta, poi qualche globulo bianco con granuli di pigmento.

Il siero del sangue, che qui vedete, è ricco di pigmenti biliari e contiene pure urobilins. Ricordate ora che nell' urina invece i pigmenti biliari sono scarsissimi e notate pure che per l'urobilina succede il fatto inverso, ce ne è molta nell'urina e poca nel sangue. Abbiamo, così, un esempio della influenza del rene nella produzione

dell'urobilins.

La temperatura è sempre stata normale.

Riassumendo, dunque, abbiamo come fatto culminante una cospicua glicosuria senza poliuria, nè polifagia apprezzabile; poi, aumento di volume del fegato, tumore di milza, gangli linfatici all'ascella e pure all'inguine ingrossati, alterazioni profonde dei globuli rossi del sangue, pigmentazione spiccata dei tegumenti, specie del viso, infine depressione notevole delle forze.

Valutiamo questi fatti e vediamo anzitutto quale significato semeiologico ha, quello che prima impressiona e che qui ha un valore principale, la pigmentazione cutanea. Dessa non è quella del morbo di Addison, perchè è uniforme, mancano le caratteristiche macchie biancastre qua e là, mancano le macchie pigmentate delle mucose, la palma della mano e la pianta del piede non sono diversamente colorite del rispettivo dorso, manca infine il colore niveo del letto delle unghie. Non è una pigmentazione itterica, perchè per l'itterizia ordinariamente non si ha un colorito così cupo, e quando si ha, è specialmente spiccato sulla sclerotica ed è evidente sulle mucose.

Eppure, si potrebbe obbiettare: è stata dimostrata la presenza di una gran quantità di pigmenti biliari nel sangue di questo ammalato. Ma quando essi non passano più nell'urina o vi pas- re che altre cellule siano pure capaci di deter-

sano debolmente e vi si trova invece urobilina la pigmentazione cutanea scema del tutto o quasi Così negli itterici, e ve l'ho più volte fatto notare, quando scompare il colorito loro proprio. trovansi ancora pigmenti biliari nel sangue e urobilina nell'urina,

Del resto noi parliamo di pigmenti biliari ancora in modo molto astratto: non ci sono nota le transizioni che corrono dal pigmento madre, l'emoglobina, ai pigmenti ultimi che ne derivano: esistono notevoli graduazioni, delle quali molte sfuggono al nostro esame e ci sono sconoscinte.

Noi abbiamo, infatti, come ci è occorso più volte di dimostrare, un periodo, in cui i pigmenti biliari circolanti nel sangne passano inalterati nell'urina ed altri, nei quali invece si modificano profondamente e sono sostituiti da urobilina.

In questo malato non possiamo pensare ad una argiriasi perchè egli non ha mai fatto uso di sali d'argento e perché non è agualmente estesa alla mucosa. Lo stesso dicasi della melancei cutanea da arsenico. Ne può pensarsi ad un colorito cupo da cianosi, perché questo colorito del viso del nostro ammalato è immutabile alla pressione. mentre è mutevole quello dato dalla cianogi.

Ed apponto il fatto che questa pigmentazione è immutabile alla pressione ci dimostra che essa è dovu a ad un deposito abnorme di pigmento nel reticolo malpighiano: è una melanodermia. A bene comprendere questo fatto, è necessario prendere le mosse dalla pigmentazione cutanea normale.

Fino ad oggi, è d'uopo confessarlo, le nostre cognizioni sulla pigmentazione cutanea sono ancora incomplete; e molto ancora si discute sulla sua origine. L'opinione più accettabile è quella emessa da Rokitansky, che faderivare anzitutto il pigmento cutaneo dal materiale colorante del sangue, prodotto dai globuli rossi distrutti.

Gli elementi anatomici del reticolo malpighiano ne farebbero una selezione e prenderebbero i materiali necessarii per formare il pigmento cutaneo. Ipotesi che io accarezzo tanto più volentieri in quanto che alcune mie ricerche m'hanno indotto alla convinsione che la pigmentazione del siero sia dovuta precisamente ad una modificasione dell'emoglobina; infatti nel siero del sangue abbiamo sempre una certa quantità di emoglobina sciolta.

Un fatto fondamentale bene accertato però, e omai non più dubbio, è quello che la melanina derivi dalla materia colorante del sangue e che si origini dai globuli rossi distrutti. Le discrepanze poi cominciano quando si cerca come ed in qual modo essa giunga agli elementi anatomici dell'epidermide. Si forma la melanina negli organi in cui avviene l'emolisi (fegato, milsa, ecc.) e viene poi trasportata da elementi anatomici migranti alla cute, oppure gli elementi anatomici della cute sono capaci di elaborarla?

Rokitansky, è noto, ascrive appunto agli elementi anatomici di questi organi in cui la emoglobina stravasa, la funzione della melanina. Ma alargando questo concetto del Rokitansky, lcui pienamente sottoscrivo, non si può pensaminare questa funzione? E fra queste gli epiteli cutanei? Guardate per esempio che cosa avviene quando si applica un vescicante: l'azione di essa provoca una flogosi cutanea. Questa flogosi si accompagna con stravaso e distruzione di globuli rossi. Ebbene che cosa ne risulta? Una pigmentazione cutanea in loco più intensa.

Perchè quindi non potremmo ammettere che questa funzione cromogena, questa capacità di produrre della melanina dalla emoglobina non spetti normalmente agli epiteli cutanei?

E' una ipotesi che io accarezzo tanto più volentieri, in quanto che i miei studii sul siero del sangue mi hanno condotto ad ammettere che nel torrente circolatorio si fa normalmente e direttamente distruzione globulare e che nel siero si trava sempre una quantità maggiore o minore di emoglobina disciolta e modificata, da cui il siero deriva la propria pigmentazione.

Ad ogni modo però, e comunque si intenda la cosa, questo certo, nello stato attuale delle nostre cognizioni, puossi e devesi ritenere: che la cute trae dalla materia colorante del sangue i materiali primi della sua pigmentazione normale.

E le pigmentazioni patologiche date pure dalla melanina, la melanodermia?

IL.

Nell'ultima lezione, a proposito di questo infermo, ci siamo chiesti : la melanina che costituisce le pigmentazioni patologiche, deriva essa pure dalla materia colorante del sangue?

Ma prima di rispondere a questa domanda, havvene un'altra ad essa subordinata : sono le pigmentazioni patologiche tutte costituite da mela-

Questa domanda ha la sua ragione di essere nei tentativi che vennero fatti per differenziare i pigmenti.

Si vollero infatti distinguere pigmenti contenenti ferro e pigmenti che ne sono privi. E' all'iniziativa di Nenki che si devono codesti tentativi. Egli trovò che il pigmento dei capelli umani e quello della coroidea sono privi di ferro. In un melanosarcoma egli trovò pure pigmento privo di ferro, solubile negli alcali, che chiamò Phimatorusina; ed in altri melanosarcomi anche pigmento privo di ferro, che non aveva però i caratteri della Phimatorusina e che chiamò Ipomelanina.

Anche Carbone in un melanosarcoma non trovò punto di ferro.

Innanzi a tali reperti, ed essendo la melanina un pizmento contenente ferro, bisognerebbe ammettere più pigmenti dovuti ad origini diverse.

Ma, non bisogna dimenticare che le reazioni microchimiche del ferro nei granuli pigmentali possono mancare. E' un fatto che Schmide Neumann hanno notato per la emosiderina per cui Ziegler giustamente osserva che col tempo i granuli pigmentali, che pur contengono ferro, possono subire modificazioni tali, che rendano difficile od impossibile la dimostrazione microchi maica del ferro. E se, d'altra parte, ricordiamo [di vista fisiopatologico e clinico sono diverse le

che più osservatori hanno trovato il ferro ed in quantità apprezzabile nei melanosarcomi, la possibilità delle modificazioni, cui accenna Zi e gl er. si impone ognor più.

Per cui, concludendo, per quel che riguarda la questione subordinata, puossi ritenere che siano da riferirsi pure alla melanina le pigmentazioni patologiche, e che le variazioni osservate non siano da attribuirsi che a modificazioni subite dalla melanina stessa.

E per quanto poi si riferisce alla questione principale, bisogna indubitabilmente ammettere che la melanina delle pigmentazioni patologiche derivi ugualmente dalla materia colorante del

Il suo accumulo abnorme e la sua produsione abnorme possono derivare da due fattori distinti: da un aumento dell'attività degli elementi anatomici, che la elaborano, e dall'aumento della materia prima, che fornisce agli elementi anatomici stessi il materiale per elaborarla, cicè della emoglobina derivante dalla distruzione dei globuli rossi. Bisogna ritenere che abitualmente questi due fattori concorrono alla produzione dei pigmenti patologici, ma bisogna pure ammettere che per se sola l'attività cellulare possa anche essere sufficiente allo scopo.

Ciò premesso, è a ricordare ancora che dovunque, in tutti i tessuti, si trovano elementi capaci di elaborare la melanina. Là ove avviene una abnorme distruzione di globuli, là è possibile sempre la creazione di un focolaio per la produzione di melanina. Nel fegato, nalla milza, nel midollo delle ossa, nei ganglii linfatici, nei muscoli, nella mucosa intestinale; insomma dovunque, sebbene si abbiano dei tessuti dove più facilmente e più abbondantemente questa formazione avviene, per esempio, nei melanosarcomi, che sono appunto caratterissati da una abnorme produzione di pigmento.

Un focolaio di pigmento, può creare pigmentazioni locali e pigmentazioni lontane. Le pigmentazioni locali sono più comuni e si hanno la ove ha luogo l'abnorme distruzione globulare o là ove si esplica una maggiore attività elaborativa delle cellule. Le pigmentazioni lontane hanno luogo per una metastasi del pigmento. E' a metastasi che sono dovute ordinarlamente le melanodermie di origine interna. Il pigmento elaborato in un focolaio lontano, viene trasportato alla oute o per mezzo dei leucociti o per mezzo dei cromatoblasti o cromatofori.

I cromatoblasti o cromatoferi, che sono, come sapete, cellule pigmentali d'origine mesodermica, cioè appartenenti al tessuto connettivo, sono a loro volta sottoposti all'influenza del sistema nervoso: influenza che spiega il perchè di certe anomalie nella pigmentazione che altrimenti non si saprebbero spiegare e che forse fornisce la più plausibile spiegazione del colore bronzino nella malattia di Addison.

Dopo quanto abbiamo detto, voi vedete che, sebbene fondamentalmente sempre una debbasi ritenere la origine della melani na, pure dal punto

fonti da cui può derivare, le quali sono tante quanti sono i punti dell'organismo, in cui può prodursi la melanina, le quali si differenziano fra loro 'a seconda che predomina o la maggiore attività della elaborazione o la maggiore produzione dei materiali fondamentali, a seconda dell'organo e del tessuto in cui si produce, a seconda del modo in cui il pigmento si distribuisce o si localizza.

Per cui sono molteplici le condisioni morbose che possono dare una melanodermia e, prescindendo da quelle esterne, traumatiche, da quelle professionali o medicamentose, da quelle idiopatiche della cute, per limitarsi a quelle che sono espressione di un processo morboso di origine interna, troviamo per le cause della melenodermia: la malattia di Addison, la sifilide, la tubercolosi, il gosso esoftalmico, la malaria, la gravidanse, le malattie uterine, tutte le cachessie, certe epatiti, i melanosarcomi.

Quale condizione patogenetica potrà nel cuso nostro invocarsi per la produzione della melanodermia?

E' inutile che io mi dilunghi in un lavoro di eliminazione, pershè, dopo quanto abbiamo detto nella precedente lezione, e dopo quello che abbiamo notato circa la anamnesi e l'esame obiettivo dell'infermo, sulle cause patogenetiche enumerate, solo due possono nel caso nostro essere prese in considerazione: il melonosarcoma e le epatiti, essendo ovvia la eliminazione di ogni altra.

Abbismo qui ragione di ammettere l'esistenza di un melanosarcoma?

I melanosarcomi, neoplasmi che, come sapete, posseggono la proprietà di produrra quantità considerevoli di pigmento, hanno due punti elettivi: l'occhio e la cute del derso. Il processo poi dal focolaio cutaneo va ai gangli linfatici e infine si localizza nei visceri.

Ricordate quanto vi ho fatto notare nella scorsa lezione? Il fatto di quel tumoretto al dorso, che, due anni or sono, gli venue estirpato nelle sale di questo ospedale? Informazioni assunte dal Sanitario, che lo ha operato, ci pongono in grado di asserire che realmente si trattava di un sarcoma intensamente pigmentato.

In prosieguo, si manifestò, non lo avete dimenticato, nel cavo ascellare di sinistra una massa voluminosa, dovuta certo ad un neoplasma dei gangli linfatici e non ad iperplasia di essi, perchè oltre i caratteri di questa massa del cavo ascellare, manca anche la leucocitosi, che è propria appunto delle iperplasie glandolari.

Il processo sarcomatoso è incominciato dalla cute; da questa s'è evidentemente trasmesso ai gangli linfatici.

Ora, questi focolai tangibili ci permettono di escludere altri focolai non tangibili in gangli endotoracici e endo-addominali? No, evidentemente. Sappiamo inoltre che di tutti i visceri, uno elettivamente è colpito in via secondaria, nel corso di queste neoplasie: il fegato. Qui il fegato è ingrossato; per ciò è da vedere se esista un melamossarcoma anche del fegato o, per meglio dire

se il fegato sia stato tratto nel ciclo morboso del melanosarcoma. Perocchè il fegato può in 2 modi essere alterato in via secondaria in seguito di un melanosarcoma: puossi cioè avere un Melanoma semplice, vale a dire l'infiltrazione del fegato da pigmento melanico, od un Melanoma nodulare, cioè la produzione di nodosità asrcomatose alla superficie del viscere. Ciò premesso, che il fegato nel caso nostro sia in condizioni abnormi non si ha dubbio alcuno. Esso è considerevolmente aumentato di volume e la possibilità di una partecipazione di esso al processo neoplastico è perfettamente ammissibile.

E' appunto proprio della melanosi epatica, sia infiltrata, sia nodulare, di determinare ugualmente un aumento di volume del fegato, che può raggiungere proporzioni veramente enormi. Il melanoma epatico può avolgersi nel modo più completo, rimanendo latente, senza dar luogo alle minime soff rense. Di regola però, come hanno osservato Hanot e Gilbert, si hanno dolori sordi o violenti, continui o parosistici, che si irradiano dall'ipocondrio destro alla spalla corrispondente, capaci di turbare la respirazione ed il sonno. A questi fenomeni si aggiungono spiccati disordini digestivi; gli ammalati perdono l'appetito, e, come nel carcinoma epatico volgare, hanno un profondo disgusto per i cibi carnei. Si hanno tutti i segni di un catarro locale, la lingua è bianca e serba traccia della impronta dei denti; l'alito è fetido, la sete è viva; le digestioni sono laboriose, si hanno qualche Volta nausee e vomito alimentare o bilioso; le evacuazioni ora rare, ora abbondanti e liquide, colorate o no. Il viso si altera rapidamente, il corpo e le membra si emaciano, le forze declinano, si possono avere congestioni alle basi polmonari. La temperatura o resta normale o si hanno elevazioni che oscillano fra 88º e 89º. Si ha melanuria, ma non sempre.

Questo il quadro che Hanot e Gilbert, autori della più completa monografia sopra tale entità morbosa, danno della sintomatologia; quadro che, come vedete, non ha nulla di propriamente caratteristico, e si può avere in una gran parte di malattie epatiche e nelle malattie distrofiche in genere. E persino, per quel che riguarda il colorito della cute, nulla è di costante. Infatti, sebbene si possa avere una vera melanodermia per l'esistenza di una melanosarcomatosi, pure non si ha sempre; talchè Hanot e Gilbert, parlano di tinta pallida, terrosa, gialla ed itterica.

Per cui, ritornando al nostro ammalato, non è certo, pel solo fatto della melanodermia o del fegato grosso, che possiamo sospettare l'esistenza di una localizzazione del melanosarcoma nel fegato stesso, ma è innanzi alla constatazione di altri focelai sarcomatosi tangibili che se ne impone la possibilità.

E' così grande la frequenza della localizzazione secondaria del sarcoma nel fegato, che, trovando il fegato in condizioni anormali in un soggetto con sarcomi dimostrabili, si ha il diritto di posare la diagnosi di sarcoma epatico.

Si tratterebbbe di una forma infiltrata, di un

melanoma semplice o della varietà nodulare?—La nodulare è quella che impone di più, pel fatto che qui abbiamo le cellule epatiche ancora in buon numero funzionanti. Ne è prova la quota relativamente elevata di urea emessa, il mantenuto rapporto fisiologico fra azoto ureico ed azoto totale, la funzione biliare persistente. E tutti questi fatti sono più compatibili con la forma nodulare che con quella infiltrata dal sarcoma.

Ma qui, miei signori prima di procedere oltre, è necessario, a proposito del fegato, prendere in esame la possibilità di un'altra entità morbosa, quella di un'epatite cronica. (Cronaca della Clin. Med. di Genova 18 e 20 febbraio 1897).

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICO-CHIRURGICA

A proposite di una eruzione cutanea pategenetica. — Guiraud ha recentemente osservato nella Clinica ostetrica di Bordeaux, una donna affetta da un' eruzione cutanea singolare, a quanto pare, prodotta dall'ingestione di una piccola dose di trementina.

Per l'aspetto variato, per la sede, per la rapidità della sua evoluzione ed anche per alcuni caratteri particolari, essa si allontanava di molto da parecchi tipi eruttivi.

Si trattava di una ventiduenne secondipara, operata di sinfisiotomia; dopo alcuni giorni dall'operazione si ebbe ipertermia (89°,6) dovuta senza dubbio ad un inizio d'infezione puerperale determinata dai residui di membrane rimaste nell'utero.

Questa rapida elevazione termica coincise con fenomeni dolorosi da parte della vescica, specie al momento della minzione che si effettuava male e richiedeva il cateterismo ripetuto. Il dolore durante la minzione era il solo fenomeno da parte della vescica, poichè le urine erano normali.

Per moderare la temperatura, furono somministrati alla donna, per 4 giorni consecutivi, 75 ctgr. pro die di solfato di chinina. Con iniezioni antisettiche vescicalli dolori si mitigarono, senza però scomparire ed ellora per 4 giorni le si disdero 2 pillole pro die contenenti ciascuna 15 ctgr. di trementina di Bordeaux. Grazie a questa cura, i fatti vescicali, sparirono. L'inferma, avendo avuto qualche pò di bronchite aveva preso anche 40 gr. di sciroppo diacodio.

D' un tratto, il mattino consecutivo al' ultima somministrazione di trementina, verso le 10 a. m., la donna fu avvertita che sul suo volto eravi qualcosa di anormale.

Ed allora, chiamato, l'autore notò; che, partendosi dal punto medio della pinna nasale di cias un lato, fino alla commissura palpebrale esterna di ciascun occhio, si estendeva una linea rossastra, larga quasi 1 cm., irregolarmente ondulata e che descriveva, nel suo insieme, una specie di arco di cerchio. Ben presto comparvero altre strisce simili sulle narici, sul mento ed anche nella parte sopraciliare del fronte. Nulla alle gote propriamente dette od al cuoio capelluto. I punti colpiti presentavano un lieve enflato, a livello del quale la temperatura era aumentata e la cute dava sotto le dita dell'osservatore l'impressione molto netta di calore pungente.

Queste zone rossastre erano indolenti, sia spontaneamente che alla pressione; la inferma se ne accorse solo perchè le fu detto dalle vicine di letto che il suo volto era alterato. Alla pressione, il colore rossastro spariva per ritornare appena il dito veniva sollevato. L'eruzione però non conservò a lungo tale aspetto; dopo una ventina di minuti essa si mutò in scarlattiniforme in tutti i punti.

In questo momento la temperatura era 87º 8, C. e non si notava traccia di erusione sulla mucosa bucco-faringea nè in alcuna altra parte della superficie cutanea. Assenza completa di fenomeni generali. L'eruzione per lurò con questi caratteri fino all' 1 p. m. diventando sempre più pallida; all' 1 1₁2 tutto era scomparso. La dermatosi aveva durato circa 8 ore e 1₁2, lasciando la cute perfettamente normale, assolutamente identica nei punti lesi e in quelli rimasti integri, senza prurito, senza alcuna desquamazione.

Di che natura era la dermatosi?

La localizzazione e la simmetria, nonché la circoscrizione della dermatite ed il colorito di questa, spingevano a credere che si trattasse di erisipele; però tutti i sintomi prodromici e generali mancavano: non vi fu brivido, non cefalalgia, non malessere; è vero che v'era un pò d'ipertermis, ma essa era molto minore dei giorni precedenti; e poi, non vi era adenopatia sotto-mascellare od eritemi delle prime vie respiratorie o digerenti che sogliono precedere all'erisipela.

Però v'era il fatto della lieve infesione puerperale che faceva supporre si trattasse di erisipela (Widal ha dimostrato la completa analogia tra lo streptocono dell'infezione puerperale ed il microbio di Fehle i sen) e già si era disposto per isolare la donna quando bruscamente la eruzione cessò.

Quindi non si trattava di erisipela.

La scarlattina deve anch' essa scartarsi, per l'assenza di tutti i fenomeni generali. Nè può ammettersi che l'eruzione possa rientrare nella categoria di quelle che sogliono sopraggiungere in seguito a traumi o ad operazioni chirurgiche (Gousset, Stirling, Civiale, Spencer-Wells Verneuil, Terrillon, Kidd, Guèniot); queste in generale se non si accompagnano a movimento febbrile, brividi, sudori, si determinamo però non più tardi di 4-6 giorni dal parto; eppoi sono generalizzate, non già circoscritte alla faccia nè hanno tali caratteri: esse si attenuano a poco a poco, non lasciano integra le cute, o almeno sono seguite da disquamazione.

Quanto alle erusioni che si associano alla infezione puerperale, nemmeno ad esse poteva pengravi di setticemia accompagnantesi a sintomi gravi (brividi, ipertermia notevole, diarrea).

Però leggendo molti casi clinici, l'autore ha potuto convincersi che molte delle eruzioni messe in conto dell' invasione dell'organismo dallo streptococco, devono essere attribuite all'uso (sia esterno che interno) di rimedii capaci di provocare erusioni. Dalla lettura di tali casi, si rileva come molte donne affette da setticemia puerperale avevano largamente abusato di solfato di chinina, cloralio, laudano, ecc., tutti rimedii eritrogeni. Quindi l'autore ritiene che le erusioni da mettersi in conto unicamente della setticemia puerperale sono quelle che si svolgono nel corso di una sintomatologia grave e con una speciale curva termica con oscillazioni notevolissime; le eruzioni che compaiono durante una lieve forma di setticem a puerperale, per l'autore, in gran numero di casi, possono essere collocate nella categoria delle eruzioni patogenetiche indirette dovute all'ingestione od all'uso esterno di rimedii; tatto al più l'infesione potrebbe agire come causa coadinvante determinando uno stato capace di favorire l'apparizione della dermatosi.

L'ipotesi di una eruzione sopraggiunta nel corso di una blenorragia, non regge; prima di tutto, nel caso in parola, blenorragia vera non vi fu, e poi la cistopatia guari solo in 4 giorni con la trementina, quindi non si sarebbe avuto il tempo della erusione. perchè la dermatosi potesse svilupparsi.

L'autore scarta eziandio una erisipela od eri-

tema mestruale o ab ingestis.

Non rimane adunque che il gruppo delle erusioni cutanee di origine medicamentosa. Ma, nel caso in parola, quale fu il rimedio che la determinò? Il jodoformio adoperato per carare la ferita per la sinfisiotomia, il solfato di chinina, l'oppio contenuto nello sciroppo diacodio o la trementine?

L'asione del jodoformio fu lievissima, essendo la cicatrice intrapubica riparata in brevissimo tempo; e poi, la superficie limitata della lesione di continuo non permetteva un assorbimento tale di farmaco, da provocare una dermatite; ma, anche ammesso che l'eruzione fosse di origine jodoformica le erusioni prodotte dal jodoformio sono precoci e si manifestano già poche ore dopo l'uso del farmaco e non già 12 giorni dopo. I noltre l'inisio e la localizzazione dell'eruzione al viso, lontano dalla ferita, il suo modo di evolversi, l'assenza di fenomeni generali, l'esito senza desquamazione, sono tutti caratteri che fanno scartare senza esitazione il jodoformio come agente eruttivo nel caso in ispecie. Tanto meno può ritenersi che la eruzione sia stata prodotta dal chinino. Non già che questo non possa produrre una erusione cutanes, ma questa è sempre preceduta da fenomeni pre-eruttivi locali e conserva sempre lo stesso carattere dall'inizio alla fine. Eppoi l'eruzione cutanea da chinina, risparmia quasi sempre il volto ed è seguita da desquamazione. Finalmente, carattere principale, patognomonico dell'eruzione chinica è la recidiya, specie poi quando la somministrazione del

sarsi, poiche, in genere, si hanno solo nei casi farmaco si ripete; ne v'ha caso che l'eruzione si determini quando il rimedio è stato già so-SDeso.

> L'erusione da oppiacei, se colpisce il volto, lo invade nella sua totalità; essa è sempre seguita da desquamazione ed ha lunga durata. Anche per l'oppio si ha il carattere di recidivare.

> L'erusione da oppiati è accompagnata da pizsicore, maressamento, calore della cute, sudori

profusi, rallentamento del polso.

Non rimaneva, adunque, altro che la trementina. Galtier, Barbier, Trousseau, Pidoux, Cordes, riportano casi di erusioni cutanes dovute all'ingestione di trementius. Trousseau e Pidouz nel loro trattato di terapia, dicono « che in seguito all'ingestione di 80 a 60 gr. di essenza di trementina, oltre ai fenomeni generali che si osservano da parte dell'apparato respiratorio ed urinario, la cute si osserva talvolta subitaneamente arrossata da piastre eritematose, vescicolari o papulose molto efimere, come si osserva dopo l'ingestione di crostacei o molluschi. Burtseff, Morel-Lavallèe, parlano anche di eruzioni consecutive all'uso esterno dell'essensa di trementina adoperata per frizioni.

Finalmente (e ciò è il carattere di maggior valore) il Mauriac ha segnalato (1880) nelle diverse manifestazioni cutanes, consecutiva all'uso dei balsamici, mutamenti frequenti nell'aspetto

E' probabile che se tali alterazioni non sono state descritte più spesso nel corso delle erusioni balsamiche, sia dovuto al fatto che possono prodursi rapidissimamente e passare inosservate,

Dal caso riportato dall'autore, risulta, che è possibile osservare erusioni medicamentose limitantisi esclusivamente alla faccia, quasi simmetricamente da ciascun lato, i cui caratteri obiettivi simulano in sul principio una erusione erisipelatosa.

A meno che non si tratti di vere intossicazioni dovute a dosi elevate, le eruzioni medicamentose non si accompagnano a sintomi generali; tale assenza di sintomi generali basta il più spesso a far fare la diagnosi tra queste e le tossidermie microbiche o infettive.

Il mutar dei caratteri della eruzione può ritenersi patognomonico delle erusioni provocate

dal gruppo dei balsamici.

Queste ultime (se il farmaco fu preso a lieve dose) hanno un decorso rapido e la loro sintomatologia si riduce ai segni forniti dalla cute; la loro evoluzione, infine, è tanto discreta, che possono persino passare innavertite (Archives oliniques de Bordeaux, febbraio 1897).

Nacciarons

Sulla patogenesi dell'intussuscezione. D' Arcy-Power. -- Nello studio dell' intussuscezione merita un accurato esame anatomico la porzione ileo-cecale dell'intestino, essendochè circa la metà dei casi d'intussuscezione hanno sede in tal parte del tubo alimentare.

L'autore ha avuto occasione di studiare la regione ileo-cecale nei cadaveri di 2 feti quasi a

que giorni e quindici anni e mezzo.

La lunghezza del mesentere ha un' importansa considerevole in riguardo all' intussuscezione, giacche la possibilità d'un'invaginazione più o meno estesa dipende, materialmente, appunto dalla lunghezza e dall' estensibilità del mesentere. La lunghezza di quest'ultimo fu trovata singolarmento costante in tutti i casi; e siccome l'età dei diversi individui variava notevolmente, come s'è già accennato, bisogna ritenere, che il rapporto tra la lunghezza del mesentere è quella del corpo è tanto più grande, quanto più giovane è il soggetto. Ciò essendo gli intestini devono godere di maggiore mobilità nei bambini, che non negli adulti. Quest' induzione, difatti, trova conferma nell'esperienza di tutti i chirurgi, che ebbero occasione di operare bambini affetti da intussuscezione: gli intestini sono quasi sempre, in tali casi, tanto fecilmente e liberamente mobili, che riesce molto agevole di portare la parte ammalata a livello della ferita.

Le ghiandole linfatiche mesenteriali variano notevolmente, quanto a grandezza e distribuzione. In molti casi esse sono sparse e piccolissime; altre volte sono così confluenti, da formare una massa di tessuto linfoide.

La parte terminale dell'ileo, quella cioè che fa parte dell'angolo ileo-colico, è talvolta orizzontale, tal'altra diretta di basso in alto o d'alto in basso; essa è in certi casi rettilinea, altre volte, invece, presenta una curva a concavità superiore od inferiore.

All'unione dell'ileo col colon si trovano così alla p rte anteriore, come alla posteriore, pieghe peritoneali, la cui disposizione è stata accuratamente studiata da Treves, Rolleston, Lockwood e Perignon, Dall'esistenza di tali pieghe risultano saccocce, che hanno estensione e complessità variabili nei diversi casi, ma che in generale sono più semplici alla parte anteriore dell'inserzione ileo-colica, che non alla parte posteriore ed inferiore.

L'estensione più o meno grande di queste pieghe peritoneali, e l'esistenza o assenza, nelle medesime, di ghiandole linfatiche, come pure il numero ed il volume di queste ultime, hanno importanza grandissima nei casi d'intussuscezione. Difatti, se l'intestino intussuscetto non trasporta con sè nè pieghe peritoneali, nè ghiandole l'infatiche, la formazione di aderenze accudrà assai meno facilmente, la riduzione potrà spesso ottenersi con semplici irrigazioni intestinali, e, anche non avvenendo la riduzione, l'intestino potrà del pari restar pervio per lungo tempo, e l'affezione avrà per ciò un andamento cronico. Se invece l'intestino intussuscetto trasporta con sè estese pieghe peritoneali e numerose ghiandole linfatiche, le aderenze (se pure non accade un rapido strozzamento) si formeranno assai presto e renderanno irriducibile l'intussuscezione: di guisa che la malattia avrà allora un corso acuto.

Nell'anatomia della regione ileo-colica, merita anche considerazione il rapporto tra il diametro

termine e di 42 bambini di età variabile tra cin-| del colon e quello dell'ileo. Un mese, prima della nascita, i due diametri sono pressochè uguali, anzi talvolta quello dell'ileo è alquanto superiore a quello del colon. Alla nascita, il diametro di quest'ultimo supera di pochi millimetri quello dell'ilec. D'allora in poi, il rapporto tra l'ampiessa del colon e quella dell'ileo, diventa sempre più grande, ed all' età di quindici anni, tale rapporto è di 2 172 ad 1, o anche di 8 ad 1. Ciò significa, che il colon cresce assai più rapidamente dell'ileo.

> L'orifizio della valvula ileo-cecale non è sempre rettilineo od oriszontale. Esso è talvolta ovale o circolare, e la valvola è in certi casi così incompleta, che l'aperture, vista dalla parte del cieco, presenta la forma d'un ferro di cavallo. Quasi sempre, l'ileo sporge, per circa mezzo centimetro o più, entro il grosso intestino.

Vediamo ora quali lumi ci fornisca la fisiologia, in riguardo all' intussuscezione. L' onda peristaltica propagantesi lungo il tenue, si arresta in corrispondenza della valvula ileo-cecale, ma subito dopo incomincia a prodursi un' un onda peristaltica nel grosso intestino.

E' possibilissimo per ciò, che l'estremità dell'ileo trovisi o ancora contratta, o in perfetta quiete, quando il colon incomincia a contrarsi energicamente. Le ricerche sperimentali di Le ubuschere di Nothnagel ci hanno insegnato, che le contrazioni peristaltiche del colon possono esser capaci di attirare nell' interno del crasso una porzione del tenue, specialmente quando il diametro della parte terminale di quest'ultimo trovisi ristretto, per un'energica contrasione delle fibre circclari. La grande importanza che hanno i movimenti peristaltici nella produzione dell'intussuscezione risulta anche da diversi esperimenti che l'autore ha eseguito su gatti, conigli e porcellini d'India, amministrando loro del turbit minerale, per aumentare le contrasioni peristaltiche dell' intestino. Egli riferisce pure di due cani, che, in seguito all'amministrazione d'una dose alquanto forte di turbit minerale, morirono per intussuscezione, uno dopo 2 giorni, l'altro dopo 8 : i pezzi relativi si conservano nel Museo del Beal Collegio Chirurgico d'Inghilt:rra.

L'esperienza clinica c'insegna, che l'intussuscezione si produce spesso in seguito all'azione d'una causa meccanica, a mò d'esempio traumi sull'addome, rapidi e violenti sforzi muscolari, forti accessi di tosse, come quelli della tosse convuliva, e via dicendo. Bauer e Leichtenstern riferirono casi, nei quali i sintomi dell'intussuscezione si produssero poco tempo dopo l'ingestione di grandi quantità di ciliege, compresi i noccioli. Tutte queste cause agiscono, manifestamente, col provocare movimenti peristaltici molto attivi, e probabilmente

Ad onta delle ricerche sinora fatte, la patogenesi dell' intussuscezione è ancora abbastanza oscura. Tuttavia, riassumendo le cose dette, può ritenersi, che nella produzione di tale stato patologico, hanno notevole importanza le seguenti cause : differenza tra i diametri di due parti contigue dell' intestino; grande mobilità di quest' ultimo: insolita energia delle contrazioni peristaltiche ed irregolarità delle medesime; forse, in certi casi, poca resistenza della valvula ileocecale (*The Lancet*), 18 febbraio 1897).

Loddo

Gastrerragia e perferazione sell'uloera gastrica Lebiano. — Gastrorragia e perforazione sono accidenti frequenti dell'uloera gastrica. Müller, nella sua statistica di 120 casi di ulcera, ha constatato 85 ematemesi (1:8) sensa tener cento delle emorragie rimaste occulte. La perforazione sarebbe stata osservata più di rado; per Brinton essa si produce nella proporzione di 1 su 7-8 casi.

L'emorragia assume le forme più svariate. Si possono oseervare tutti i gradi, dall'esito sanguigno insignificante, privo d'interesse, perchè non fornisce alcun segno diagnostico, fino al vomito fulminante, passando per le ematemesi poco abbondanti, ma frequenti, la cui gravessa dipende dal loro ripetersi. Solo all'autopsia si fa il più spesso la diagnosi dei casi fulminanti: lo stomaco è disteso da una enorme quantità di sangue, la morte è istantanea; non bisogna parlare d' intervento.

Non è rara l'osservazione che ulcere gastriche guariscano dopo aver provocato una sola gastrorragia; ma quando le emorragie, ripetendosi, diventano dannose per l'esistenza dell'infermo, è necessaria la cura chirurgica.

E' impossibile da una gastrorragia prevedere come sarà un'altra consecutiva; non si può avere alcun criterio comparativo tra le emorragie successive dovute ad una stessa ulcera; le prime due o tre ematemesi possono essere lievi, la 4ª uccide l'infermo.

I mezzi di cui si dispone per combattere la gastrorragia sono scarsi ed inefficaci; ma non può dirsi lo stesso riguardo alla perforazione. Questa rientra nel dominio della chirurgia; sui 40 casi raccolti da Michaux, nei quali si intervenne, si contano 12 guarigioni.

Bisogna però fare una distinzione, dal punto di vista chiru:gico, a seconda che l'ulcera ha sede sulla faccia anteriore o su quella posteriore dello stomaco. Le perforazioni della faccia anteriore accadono nella grande sierosa peritoneale.

La grande mobilità della faccia anteriore, la sua facile espansione, spiegano l'assenza di aderenze protettrici. Sotto l'influenza d'uno sforzo di tosse, di vomito, di singhiozzo, il sottile strato che (nell'ulcera perforante) separa la cavità gastrica dalla cavità addominale, cede facilmente e la perforazione si produce nella grande sierosa del peritoneo. Alla faccia posteriore, molto meno mobile, si determinano aderense e quando lo stomaco si perfora, ne risulta non più una peritonite generalizzata, ma una peritonite saccata, un ascesso retro-gastrico. Una seconda nozione anatomo-patologica interessante dal punto di vista delio intervento, è il numero delle perforazionf.

Nel maggior numero dei casi, la perforazione è unica; però esietono casi in cui gli infermi morirono con 2, 8, 4, 5 ed anche 6 perforazioni. La grandezza della perforazione in generale non oltrepassa quella di una moneta da 50 centesimi.

In seguito alla perforazione nella grande cavità si può avere la morte repentina dovuta, forse, all'inibizione dei centri nervosi per azione riflessa sul gran simpatico. Il più spesso si constatano tutti i segni di una peritonite generalizzata. Il punto interessante è di sapere se questa peritonite generalizzata dovuta a perforazione gastrica si confonda, come sintomatologia, con le altre peritoniti generalizzate, o se, al contrario, abbia segni proprii che permettono di risalire alla causa.

Si è cercato di trovare nell'assenza dei vomiti un segno patognomonico della perforazioni gastriche; sventuratamente questo seguo non è molto costante, poiche esiste solo nella metà dei casi. L'assenza dell'ottusità epatica ha maggior valore, ma solo tenendo conto dei sintomi forniti dall' infermo e dei svoi antecedenti gastrici, si potrà arrivare alla diagnosi. Del resto, poichè v' ha peritonite, l'intervento è indicato, qualunque ne sia la causa, e questa causa si troverà spesso durante l'operazione. L'intervento deve essere quanto più precoce si può, dipendendo dalla precocità il suo successo. Prima dell' operazione si dovrà vuotare lo stomaco per evitare ogni ulteriore effusione. L'incisione sarà sottombelicale, mediana e lunga; si esploreranno le superficie gastriche tanto anteriormente che posteriormente.

Trovata che si sarà la perforazione, secondo le circostanze si eseguirà, o la resezione dell'ulcera con sutura consecutiva, o la sutura diretta senza resezione; o la gastro-enterostomia, con o senza resezione, o la gastrostomia o la fissazione dei margini dell'ulcera alla parete addominale

Se il chirurgo interviene tardivamente, la peritonite si generalizza. In questo caso l'operazione deve essere quanto più breve e rapida si può; aprire largamente il focolaio, limitarlo mediante compresse, nettarlo e mantenere l'incisione largamente aperta (Gasette hebdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie, 25 febbraio 1897).

Nacciarone

FORMULARIO

Contro la corizza

Molti sono i rimedii adoperati a combattere o fare abortire la corissa. Il Lermoyez commenda i seguenti:

Acido fenico
Ammoniaca liquida
Alcool a 95°
Acqua distillita

Acqua distillita

2

3

3

4

5

6

7

8

10

10

i. b.

Da versarne 10 gocce su un pesso di carta sugante per inalazione.

ovvero:

Cloridrato di cocaina	centigram.	80
Mentolo	•	24
Salolo	gram.	2
Acido borico	>	12
	ı.	

m. b.

Da usarsi come tabacco da naso.

ovvero:

CITTLE PARAMETER

Cloridrato di cocaina	centigram.	80
Mentolo	•	12
Salicilato di bismuto	gram.	7 0

m. b.

Da usarsi come la polvere precedente.

NOTIZIE

Premii di fondazione Cagnela

Sopra temi proposti dall' Istituto

Le memorie premiate nei concorsi di fondazione Cagnola restano di proprictà degli autori; ma essi li dovranno pubblicare entro un anno, prendendo i concerti con la Segreteria de l'istituto per il testo e per i caratteri, e consegnandone alla medesima cinquanta esemplari; dopo di che soltanto potranno ricever e il numerario. Tanto l'istituto quanto, la Rappresentanza della fondazione Cagnola, si riservan il diritto di farne tirare, a loro spese, quel maggior numero di copie, di cui avessero bisogno a vantaggio della scienza.

Temi pel 1897, pubblicati il 9 gennaio 1896

1. Bicerche anatomo-comparative sulla minuta innervazione degli organi trofici nei cranicti inferiori. Scadenza 50 aprile 1897, ore 15.

Premio L. 2500 e una medagna d'oro del valore di lire 500.

2. Quale influenza la dottrina della prolificazione delle cellule fuori della norma abbia esercitato sulla patologia dell'uomo; quale sia quella dei microbi patogeni. Riscontro delle due dottrine con altre antiche. Vantaggi d'ambedue nella cura delle umane infermità. Scadenza 80 aprile 1897, ore 15.

Premio L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di lire 500.

Tema pel 1898, pubblicati il 7 gennaio 1897

Esposizione critica della teoria della dissociazione elettrica, principalmente in riguardo alle prove sperimentali di tutte le sue deduzioni. Illustrare la teoria con nuove esperienze la dove sembra che di esse vi sia più bisogno.

Scadenza 80 aprile 1898, ore 15.

Premio L, 2500 ed una medaglia d'oro del valore di lire 500.

Premio di fondazione Cagnela

Sopra temi designati dal fondatore il 7 gennaio 1897

Le memorie dei concorrenti potranno anche essere presentate non anonime, purchè non pubblicate prima

della data di questo programma. Anche per questo premio si ritiene obbligato l'autore della Memoria premiata a consegnare all' istituto cinquanta esemplari e lasciarne tirare maggior numero di copie all' istituto ed alla Bappresentanza, della fondazione Cagnola.

Una scoperta ben provata:

Sulla cura della pellagra, o

Sulla natura dei miasmi o contagi. o

Sulta direzione dei palloni volanti, o

Sui modi d'impedire la contraffazione di uno suritto. Scadenza 31 decembre 1697, ore 15.

Premio L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di lire 500.

Premio di fondaziono Seceo-Commeno

La memoria premiata rimane proprietà dell'autore, ma egli dovrà pubblicarla entro un anno dall'aggiudicasione, consegnandone otto copie all' Ospedale Maggiore di Milano, e una all'istituto, per il riscontro col manoscritto; dopo di che soltanto potrà conseguire il premio.

Tema pel 1902, pubblicato il 7 gennaio 1897

Dell'uremia ; dimostrare la genesi, i sintomi, gli effetti ; indicarne la cura.

Scadenza 1 maggio 1897, ore 15.

Premio lire 864.

La responsabilità dei direttori dei manicemii al tribunale di Roma

In questi giorni a Roma si è discussa la causa intentata coutro il prof. Clodomiro Bonfigli, direttore del Manicomio di Roma, che si voleva responsabile della morte del marchese Berardi ucciso da un pazzo che, lavorando con la vanga nella colonia agricola del maniconio, lo colpì a tergo sulla nuca lasciandolo quasi cadavere. Questa strana imputazione grazie alla saggezza ed imparzialità dei giudici è caduta in tutti i punti, non avendo il tribunale ammesso la minima responsabilità, nè per parte del direttore, nè dei suoi subalterni.

Certamente è da deplorarsi la morte di un uomo così benemerito e così distinto, quale era il marchese Berardi, presidente del Consiglio Provinciale di Roma. ma da che esistono i manicomii, e da che i poveri pazzi non sono più tenuti alla catena e bastonati e martirizzati, come besti: feroci—cosa che pur troppo accadeva anche in principio di questo secolo— non vi è manicomio al mondo che non debba registrare disgrazie di simil genere, e pur troppo ne possono accadere e ne accadranno ancora sino a che l'imprevedibile resterà imprevedibile.

Il tribunale di Roma ha ben compresa tutta l'enormità dell'accusa e, prosciogliendo il distinto alienista, che onora la psichiatria italiana.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

I signori abbonati che hanno ricevute la nostra circolare e non ancora hanno adempito a quanto in essa si chiedeva, le facciamo noto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dopo tale termine spediremo il ricevo gravato delle spese eccorrenti.

Scemano.—1. Questioni scientifiche del giorno. Le nevriti solfo-carboniche.—2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma. Prof. Campana.—Gome ma ulcerata.—Lesione cutanea di natura sifilitica.— 8. Società scientifiche.—4. Rivista di Clinica. Clinica medica di Genova (prof. E. Maragliano). Melanotermia; Diabete; Melanosarcomi dei ganglii linfatici del fegato e del pancreas.—5. Igiene individuale.—6. Notigie.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

i dina i bigin il data i sissi ai note il poli il gissi i pissi il

Le nevriti solfo-carboniche

I sintomi dell'intossicazione cronica solfo-carbonica sono stati molto bene descritti in molte monografie. Del pech, Bonnet, Charcot, Marie, si sono accuratamente occupati dell'argomento in questione, ed hanno messo in evidenza tanto la sintomatologia svariata, che la cura di queste nevriti.

Il Raymond divide in 3 gruppi i disordini che l'intessicazione solfo-carbonica può provocare da parte del sistema nervoso, cioè: disturbi psichici, nevritici, periferici.

I disturbi psichici si esplicano con un eccitamento generale che può giungere, in vero raramente, fino al delirio, che in questo caso è fugacissimo. Nel maggior numero dei casi, questi disturbi si manifestano sotto forma di mania acuta. Questa mania, più o meno transitoria, manca in un certo numero di casi.

I disturbi isterici o isteriformi, possono alla loro volta essere suddivisi in disturbi della sensibilità e disturbi della motilità; quelli sensitivi sono svariatissimi; si può, in fatti, osservare sia l'emianestesia tipica dell'isterismo, accompagnata da anestesia faringea o corneale, sia l'iperestesia; si ha restrizione del campo visivo, talvolta ambliopia o macropsia.

I disturbi motori, quasi sempre, si manifestano sotto forma di emiplegia, più raramente sotto quella di paraplegia o monoplegia.

Carattere essenziale di questi accidenti è il loro rapido inizio, apoplettiforme, preceduto talvolta da un'aura, che nell'uomo quasi sempre si traduce con formicolii molto molesti allo scroto. E' importante di non confondere questi disturbi della motilità di origine isterica con altri accidenti dello stesso ordine, che provengono direttamente dall'intossicazione e formano il 8º gruppo della classifica del Raymond.

L'esistenza delle nevriti periferiche è attualmente ammessa da tutti i patologi; esse sono frequentissime nell'intossicazione da solfuro di carbonio; ma se la maggior parte degli autori hanno notato sintomi senza dubbio dovuti ad alterazioni nervose periferiche, il Raymond pel primo e poi Mendel ed Edge vi hanno richiamato maggiormente eu l'attenzione, redigendo accuratissime osservazioni.

Però, stante che non esiste alcuna monografia sulle nevriti periferiche solfo-carboniche, l'Argetoyano, nella Gamette hebdomadair: de Mèdecine et de Chirurgie del 28 febbraio 1897, ha raggruppato le conclusioni derivanti da alcune sue osservazioni personali.

Quanto alla sitomatologia, come in tutte le nevriti, le alterasioni periferiche dovute all'intossicamento per solfuro di carbonio, si esplicano clinicamente con sintomi svariati, ma che possono raggrupparsi in 2 grandi categorie, cioè disturbi motori e sensitivi.

La descrisione è assai difficile, poichè le nevriti non hanno punto carattere specifico. I tipi più comuni sono: la forma comune (o nevrite limitata), la forma pseudo-tabica, la forma pseudo-tetanica.

La forma più comune è la nevrite limitata; almeno finora non si è ancora constatata la polinevrite generalizzata. I disturbi funzionali colpiscono gli arti a preferenza, e più specialmente gli inferiori.

I disturbi motorii non hanno caratteri specifici dal punto di vista della loro qualità; talora si tratta di paralisi fiaccide, limitate ad uno o più muscoli; talvolta l'attività muscolare è lievemente limitata (paresi). Essi non hanno caratteri specifici, neppure per la localissasione; è vero che quasi sempre s'inisiano negli arti inferiori, ma non è raro vedere la paralisi inisiarsi nei muscoli della mano, dell'antibraccio, ecc. (Mendel). La lesione finalmente può essere unilaterale o simmetrica; non si riscontra l'attitudine visiosa caratteristica come nella nevrite saturnina od alcoolica.

Dalle osservazioni pubblicate finora, però, emerge che la forma più comune è la paraplegica.

Questa paraplegia non si determina bruscamente al principio dell'intossicamento, come in certe emiplegie e monoplegie derivanti dall' isterismo solfo carbonico. La paralisi si stabilisce a gradi, i sintomi generali dell'intossicamento: vertigini, cefalea, stordimento, ecc., aprono la scena. Se a questo punto si sottrae l'infermo alla causa dell'intossicazione, la malattia non andrà oltra; ma, disgraziatamente la maggior parte degli operai continuano nel loro lavoro ed i sintomi si aggravano. Alla cefalalgia ed alle vertigini si aggiungono disturbi digestivi, vomito, costipazione, l'infermo incomincia ad accusare debolezza nelle gambe, si stanca subito. Ben tosto egli avverte formicolio e senso di intormentimento nelle gambe; a stento solleva i piedi ed aumentando sempre questa lieve paresi, l'infermo del tutto impotente, è costretto a guardare il letto.

Nella maggioranza dei casi la paresi si limita agli arti inferiori; essa può aversi anche altrove, ma è sempre nei primi che i disturbi sono più intensi.

Volendosi rendere conto della topografia esatta di questi fenomeni, dall'esame di quasi tutti i casi, risulta che i muscoli delle estremità sono colpiti in mani-ra più frequente e più grave che non quelli della radice dell'arto. Per ciò i muscoli del piede sono i più colpiti e più spesso; poi vengono quelli delle gambe, eccezionalmente quelli della coscia. Da ciò risulta che i movimenti più alterati sono quelli del collo del piede.

Ma la paralisi del gruppo degli estensori è la più frequente di tutte; quando esiste quella dei flessori, non è mai tanto accentuata. Per spiegare l'abolizione dei movimenti di flessione, è necessario tener presente quella legge fisiologica che dice « perchè un muscolo o un gruppo muscolare possa esplicare la sua funzione, occorre l'integrità totale del gruppo muscolare antagonista ».

Così si spiega come per l'unica lesione, la paralisi, cioè, dei muscoli estensori, si abbia abolisione dei movimenti di flessione, nonostante che quasi sempre i flessori sieno integri.

Quando la paralisi degli estensori è molto accentuata, il piede assume una posizione caratteristica che ricorda quella del piede nella nevrite alcoolica. L'asse del piede forma con quello della gamba, un angolo ottusissimo; il margine esterno del piede è abbassato, le falangi dell' alluce son flesse sui metatarsi.

Per vero, questo aspetto raramente è così completo, poichè i peronieri sono relativamente risparmiati nella nevrite solfo-carbonica.

I muscoli paralizzati danno reazione degenerativa. Anche per gli estensori della mano il solfuro di carbonio ha una predilezione particolare; però questi non sono mai colpiti con tanta intensità quanto quelli degli arti inferiori.

Si ha quasi sempre paresi; solo nel caso riportato da Mendel si ebbe paralisi completa.

In questo caso la mano prese un atteggiamento speciale. Il pollice era in iperestensione, il 2º e 8º dito avevano le prime falangi lievemente flesse mentre la falangetta e la falangina erano egualmente in iperestensione. Dippiù, il pollice poggiava fortemente contro la superficie palmare dell'indice, e solo con uno sforzo notevole si potevano allontanare le dita l'uno dall' altro, non senza provocare grande dolore. Il 4º e 5º dito avevano conservato la loro integrità funzionale.

Bisogna notare, che mentre negli arti inferiori le lesioni sono ordinariamente simmetriche ai 2 lati, agli arti superiori si ha la forma monoplegica. Però il fatto si spiega se si tien conto che la maggior parte delle nevriti sono dovute ad un'asione diretta, locale, del solfuro di carbonio mentre quelle degli arti inferiori provengono da una intessicazione generale, per inalazioni di vapori deleterii.

La prognosi di queste paralisi però è fausta; nei casi pubblicati finora, non si è mai fatto cenno ad amiotrofia; tutto al più, quando la nevrite durò a lungo, si ebbe un certo grado d', ipotrofia (forse funzionale). La guarigione è la regola; eccezionalmente, contratture e fenomeni di incoordinazione motrice possono prolungare la malattia.

I disturbi della sensibilità generale sono di regola nella nevrite solfo-carbonica. Al contrario quelli dei sensi specifici non si sono per anco
notati; l'ambliopia, la fotofobia, ecc., notati da
alcuni autori, sono sintomi fugaci, che si manifestano all'inizio dell'intossicazione, e probabilissimamente non hanno nulla di comune con la nevrite.

I disturbi della sensibilità sono svariatissimi; se l'anestesia si osserva più di frequente, si può nondimeno dire che ciascuno infermo ha una reazione speciale sotto questo punto di vista; così si può trovare una iperestesia tanto esagerata da costituire una vera tortura per lo infermo.

In alcuni si ha anestesia completa, in altri questa è appena accennata. Non si è però mai notata la dissociazione della sensibilità.

Qualche volta l'infermo percepisce la sensazione ma è incapace di definirne esattamente la qualità e l'origine.

Topograficamente questi disturbi possono o cupare zone limitate al territorio d'un piccolo tronco nervoso, oppure invadere gli organi di distribuzione di tutto un fascio nervoso (cute, muscoli, articolazioni). Quasi sempre si localizzano agli arti inferiori. Il volto, in generale, è poco leso; negli arti superiori l'anestesia coincide con i disturbi motori ed è anch'essa meno accentuata (come per la paralisi) che negli arti inferiori.

In certi casi d'iperestesia, la sensibilità cutanea e muscolare diventa tanto squisita, che il menomo urto, anche di una piuma, diventa insopportabile: i movimenti, spontanei o provocati, inducono atroci dolori e quindi l'infermo si mantiene in una immobilità che simula una paralisi. A letto l'infermo non può sopportare il peso delle coperte, ed egli per dormire, se ne sbarazza.

In un certo limite, si può mettere in conto di questa iperestesia l'indebolimento generale e progressivo dello infermo, che in certi casi aggrava il decorso della nevrite.

I riflessi cutanei possono essere conservati anche nelle regioni ove sono manifesti i disturbi motori e sensitivi; ma il più spesso sono esagerati. Vi sono però casi in cui sono indeboliti ed anche aboliti del tutto. I riflessi cremasterico ed

anale. generalmente sono conservati; in certi casi però fu notata la loro assenza. Quanto ai riflessi tendinei, il 1 ro indebol mento è la regola; si compren in che il loro stato dipende innanzi tutto dalla localizzazione della nevrite. La conservazione del riflesso esige la integrità assoluta dell'arco nervoso.

Agli arti inferiori, i riflessi plantari e patellari sono affi voliti, talvolta ancha assenti.

Agli arti superiori ed al faring-, al contrario, l'integrità dei riflessi è quasi costante.

In molti ammalati di nevrite solfo-carbonica, si è notato il tremore. Questo tremore, più frequente nelle localissasioni della nevrite agli arti superiori, fu paragonato al tremore del morbo di Parkinson. Esso consiste in oscillasioni ritmiche che accompagnano a preferenza i movimenti intensionali, diminuiscono durante il riposo e spesso scompaiono totalmente durante il sonno. Le oscillazioni agitano in generale tutto l'arto; in molti casi si localiszano alle dita; raramente colpiscono i 4 arti.

Esiste un rapporto qualsiasi tra questo tremomore e la nevrite? o piuttosto, si deve considerare quale un epifenomeno proveniente direttamente dall'intossicas one e che si sviluppa a lato della nevrite?

Tale questione (che si fa per tutte le nevriti tossiche) è di difficile soluzione.

In breve: alterazioni muscolari, che dalla semplice paresi possono errivare alla paralisi completa, limitantesi a preferenza agli arti inferiori; disturbi della sensibilità, più spesso anestesia, localizzati a certe regioni; assenza di disturbi vaso-motori e di atrofia muscolare; abolizione dei riflessi tendinei. Questa è la sindrome della forma comune delle nevriti solfo-carboniche.

La forma pseudo-tabetica è eccessivamente rara. Nella letteratura medica non esistono che 3 casi; uno riportato dal B a b è s e due da Stadel mann.

Il secondo infermo di Stadelmann non presenta del resto che un abbozzo di s'ntomi pseudo-tabici.

Importa anzitutto non confondere l'incoordinasione indeterminata dei movimenti (dovuta a paralisi di certi muscoli degli arti inferiori od anche a disturbi della sensibilità), in coordinazione tanto frequente in tutte le neviti, con l'incoordinazione specifica dei tabici.

Alcuni autori hanno negato l'esistenza di questi sintomi pseudo tabici nelle lesioni periferiche dei nervi; per essi, questi pretesi sintomi sono di 2 ordini: in certi casi essi rassomigliano solo grossolanamente alla sindrome tabica e bisogna collocarli tra i fenomeni d'incoordinazione consecutivi alle paralisi ed iperestesie; in altri casi, sarebbero proprio i sintomi di una tabe coesistente, scambiati per sintomi pseudo tabici della

nevrite. Sembra però dimostrato ad evidenza che pseudo-tabi tossi che ed infettive esistano. Nel caso speciale, delle nevriti solfo carboniche, le osservazioni confermano totalmente questo modo di vedere. E' vero che nello infermo di Stadelmann si può invocare una lesione spinale sola, passaggiera se si vuole, ed escludere la nevrite, poichè i sintomi pseudo-tabici esistevano solo (mentre nell'infermo di Bertes la paraplegia precedette l'apparire dell'incoordinasione), ma invocare una lesione spinale, non significa negare l'esistenza della pseudo tabe; sia essa spinale o periferica. non si può negare che il neurone motore è quello leso e la sua alt-razione si manifesta (in questi casi eccesionali) il più di soventi, con paralisi e disturbi sensitivi.

Nell' intessicazione solfo-carbonica, adunque, la pseudo-tabe può esistere da sola o associata agli altri disturbi della nevrite. Nell'uno o nell'altro caso non si ha periodo pre-atassico; esso è sostituito dai disordini iniziali dello avvelenamento.

Analogamente, non vi sono disturbi viscerali; quando essi esistono, bisogna metterli in conto della azione diretta del solfuro di carbonio; essi sono di breve durata ed indicano l'iniziarsi dell'intossicazione.

I fenomeni atassici si stabiliscono molto più presto che nel morbo di Duchenne; essi son preceduti da paresi, da indebolimento della forza muscolare, talvolta da paralisi.

Gli sfinteri sono risparmiati.

La prognosi di queste pseudo-tabi sembra più riservata di quella delle nevriti comuni.

Nondimeno, sotto l' influenza di una cura, si ha ben presto una rapida miglioria; ad ogni modo il decorso della malattia non è progressivo e ciò basta a farla distinguere dalla vera tabe dorsale.

V' ha in fine la forma pseudo-tetanica della nevrite solfo-carbonica; essa è molto più rara della precedente. Il principale documento lo dobbiamo al Ren du (1891).

Si trattava di una giovinetta che da oltre 3 anni lavorava in un opificio di vulcanizzazione.

Colta un bel giorno da violenta cefalea, dopo pochi di presentò contrazione energica dei massateri, che chiudevano forzatamente la bocca. La contrattura guadagno nei giorni consecutivi, successivamente i muscoli della faccia, del collo, del dorso, dei lombi e poi gli arti. L'inferma era immobilizzata ed il trisma era giunto al massimo grado; non ebbe mai disturbi della sensibilità; la forza muscolare era conservata; non si notava punto reazione degenerativa.

Come si vede, la donna presentava perfettamente l'aspetto d'una tetanica; dall'osservazione risulta che i massateri furono i primi a contrarsi e con maggiore forsa, Si trattava di una contrattura isterica oppure di una contrazione sintomatica d' una lesione periferica? Questo è il problema da risolvere.

Bisogna escludere totalmente l'isterismo, mal grado la frequenza dei fenomeni di contrattura osservati in questa nevro i. Tale è auche l'opinione del Ren du, opinione fondata sulla peculiare distribuzione di questa contrattura e sulla

assensa di stigmate concomitanti.

Per R en du « in certe circostanse, i vapori di solfuro di carbonio, mentre provocano cefalca e fenomeni di congestione cerebrale, possono dar luogo all'eccitamento muscolare ed alla contrattura che pare s' inist dal bulbo e dalla midolla cervicale per propagarsi poi, ma con minore intensità, a tutto l'asse cerebro spinale ».

Nel caso su riferito, la contrazione si stabili a gradi; la maggior parte dei sintomi isterici nell'intessicazione solfo-carbonica coincidono con i primi segni dell'avvelenamento e nel caso in parola sopraggiunsero solo tardi; manca ono ogni sorta di disturbi sensitivi, quindi, l'isterismo resta escluso.

Del resto poi si è no sto in parecchie osservesioni di nevriti solfo-carboniche banali (in cui l'isterismo non entrava per nulla) la contrattura di uno o più muscoli accompagnarsi alla paralisi e riconoscere come causa la stessa alterazione.

Ques i casi di transisione sono frequentissimi; essi sono stati segnalati in tutte le varie forme di nevrit. ed il Pal, nel suo lavoro sulla nevrite multipla, ne riporta varii esempii caratteristici.

Si è dunque autorismati a considerare la nevrite solfo-carbonica tetaniforme come legittima, se per nevrite si intende un'alterazione qualun-

que del neurone motore.

La diagnosi non può farsi se non con l'aiuto dell'anamnesi dalla quale si rilevi la possibile intossicazione per solfuro di carbonio; ma ciò non è tutto: stabilita la intossicazione, bisogna discernere le parali-i nevritiche dai disordini della stessa specie di genesi isterica (l'isterismo essendo apessissimo risvegliato dagli agenti tossici). Questa distinzione è relativamente facile: sl-l'isterismo appartengono le emiplegie complete o di forma spinale; alla nevrite le paraplegie e le monoplegie; i farti isterici si determinano bruscamente, quelli tossici a gradi preceduti da indebolimento della forsa muscolare.

Le stimmate classiche, il predominio dei fenomeni psichici sono segni d'importanza reale benchè di secondo ordine; il decorso della malattia al contrario fornirà segni di grante importanza.

L'esto della nevrite solfo-carbonica è in genere la guarigione; per otteneria, però, bisogna sottrarre l'infermo all' ulteriore intossicamento : quindi egli dovrà abbandonare l'opificio. La cura

deve essere indirizzata a sollevare lo stato generale; buona nutrizione, tonici, riposo. L'elettricità rende buoni servigi contro la paralisi.

Raymond suol fare icalare ogni giorco una certa quantità di ossigeno a tali infermi; Delpeuch somministrava il fosforo; però bisogna riconoscere che non possediamo un rimadio specifico contro l'avvelenamento per solforo di carbonio, nè tampoco contro le nevriti.

Massiarone

LEZIONI ORIGINALI

CLIMEGA DERNOSIPILOPATRIA DI ROMA (PROF. CAMPA-MA). — GOMMA ULCRHATA.

E' un individuo con vasta e profonda ulcera alla gamba sinistra, grande quasi come una palma di mano, con margini tagliati a filo, ricoperta da irregolari granulazioni carnose e da molto detrito purulento. I tessuti molli di guasi tutta la gamba sono ispessiti, induriti e, per un largo tratto attorno alla solusione di continuo, aderenti all'osso. Anche la parti molli del piede sono alterate; ma in minor grado. I caratteri che presenta non possono far pensare che ad un'infiammazione cronica. Si tratta di inflammazione cronica da sifilide, che ha dato quella forma di distruzione, che si verifica tutte le volte che staci prolungate alterano la nutrizione di elementi embrionali giovani, così da dar luogo, cesi, alla necrobiosi quasi in massa dei tratti lesi. Gomma ulcerata che si è aperta allo esterno e che ha dato luogo su sè stessa alla trapiantazione di processi settici: laonde, quel tessuto, deve essere gov rnato non solo come sifilitico, ma anche con eura anticottica.

I fenomeni anatomici della gomma sono in gran parte disparsi; e continuando nella cura solamente antisifilitica non si otterrebbe un risultato soddisfacente.

Il mercurio metallico sotto forma di unguento napol-tano agevola la fase di necrobiosi delle gomme. Nelle localizzazioni tardive della sifilide troviamo, come nei tumori, nella parte periferica di esse una sona fiogistica che fa argine al processo neopiastico ed infettivo. Questo stato di reazione dei tessuti sottostanti ad una localizzazione con infesione specifica, fa comprendere come anche in un organo interno si possa trovare una duplice fiogosi, dovuta alla infesione specifica ed alla sempleo reazione dovuta alla presenza di questo corpo estraneo effetto della

infezione, în mezzo ad un tessuto. Nei bembini, donne, individui anemici, il tessuto connettivo è talmente irritabile da vedersi generare una irritazione reattiva permanente sotto forma di sclerosi cutanea attorno ad un piccolo focolaio specifico. Nella infesione tubercolare della cute, non tutti gli organismi reagiscono nello stesso modo; alcani organismi sono tali che la localizzazione si svolge obsoleta, senza altre diffusioni od infesioni successive o reazioni; altri presentano stasi linfatiche, sclerosi, edemi, formazione di ascessi freddi che sono la conseguenza di tutti questi due fenomeni anatomici uniti insieme, cioè il processo specifico e la razione dei tessuti attorno ad una localizzazione di questo. E' quasi lo stesso per le manifestazioni gommose sifilitiche. Le gomme sono così dette per la varietà del detrito che si ha quando si manifestano nel tessuto sottocutaneo.

Quando si localizzano in tessuti più nascosti, in cui non può penetrare infezione nè venire all'esterno, si forma una massa caseosa.

La cascificazione, che si verifica negli organi interni, è quindi la conseguenza della neoformazione granulomatosa: un gran numero di leucociti cade in degenerazione granulo-grassosa. Il tessuto connettivo intermedio si fonde in questa dissoluzione necrobiotica e si formano le masse della gomma, che, se ricche di liquido, sono mollic e, come soluzione di gomma, talora; se son povere di liquido, persistono come masse dure, quasi lignee. Oltre di avere queste lesioni locali, questo infermo è denutrito: ma, più, è pallido, cereo; ha addome tumido e teso per mediocre tumore di fegato ed enorme tumore di milza: ha albumina nelle urine. Tutto questo resto è da attribuire in parte alla s'filide ed in parte ad un' altra infezione a cui è andato incontro l'infermo: la malaria. La contemporaneità delle diverse alterazioni degli organi interni; la durezza notevole del tumore di milsa, lo stato di pallore rilevante dell' infermo fanno pensare a degenerazione amiloide. Ma non per questo noi ci faremo arrestare nella cura, che faremo tanto locale, come generale. Chinina con rabarbaro, cibi analettici, bagni al trisolfuro, cura della piaga sclerotica della gamba prima, con asportazione delle granulazioni solerotiche dei margini ed esuberanti del fondo: nel quale faciliteremo il distacco del piccolo sequestro mobile tibiale; da cui avremo facilitazione alla guarigione. E spero di ripresentarvelo in poco più di un mese guarito della vasta lesione locale ed assai migliorato nello stato generale,

LESIONE CUTANEA DI NATURA SIFILITICA

Trattasi di un infermo di ospedale con una alterazione cutanea che può essere considerata di natura diversa da quella che veramente é. Vasta lesione di continuo alla spalla sinistra, con lesione profonda e attaccata all'osso: ai margini arrossimento: la pelle è ispessita e aderente. Questa alterazione si considera di natura sifilitica, astrazione fatta da altre cagioni, che ne hanno modificato lo aspetto oppur no?

Si potrebbero mettere in campo 8 processi. Una infiammazione settica comune, che abbia leso i tessuti: una lesione tubercolare: una sifilitica. Una lesione comune potrebbe essere stata: ma le conseguenze di essa, che vediamo, ammetterebbero sempre la precedenza di una delle due altre cause, a cui abbiamo accennato. Un individuo sano non ispiega una lesione simile: vi potrà essere atrofia nella cicatrice; ma non aversi una cicatrice come la presente, la cui acromia, la cui marginazione, e la cui presensa, nei margini, di alcuni piccoli noduli flogistici, non è da lesione traumatica. Questa cicatrice. con questa neoproduzione inflammatoria, si ritiene poi di natura sifilitica e non tubercolare; perchè si tratta di antica lesione sifilitica con riproduzione nelle pertinanse della cicatrice? Se si trattasse di lesione tuber olare dovrebbe aversi maggiore alterazione cutanea sulla cicatrice ed ossea. Gli effetti della irritazione tubercolare non sono molto diversi dagli effetti di un processo di natura settica. Il lupus se non primitivo, ma recidivo, si presenta coi caratteri di un processo settico cronico; cosicchè non colorito, consistenza speciale, non modo speciale di aggrupparsi delle alterazioni; e margini indeterminati. Qui, attorno alla cicatrice, si ha una marginazione precisa sotto forma di ispessimento nodulare, con superficiale desquamazione e colorito roseo-fulvo caratteristico spesso per la sifilide. Un' altra ragione si è: che non si verifica nella sifilide; le manifestazioni si estendono per sistema e non per contiguità, come avviene nella tubercolosi. Il modo di presentarsi delle alterazioni fa vedere più fenomeni di distruzione che fenomeni di composizione. Se si trattasse di individuo forte, robusto, la sifilide avrebbe dato fenomeni più progressivi, fenomeni nodulari o gommosi, che distruzione. La rupia, le necrosi, si hanno nei deboli e nei bambini.

Quindi, qui si tratta di sifiloderma nodulare profondo, con cicatrice per pregressa er uzione.

SOCIETA SCIENTIFICHE

R. Accademia medica di Genova. - Spina bifida dorsale. Nuove operazioni di chirurgia censervatrice del piede.Contributo allo studio delle ferite d'arma da fuoco nella
bocca. - Società medica di Berlino. - Contribusione allo
studio dell'osteomalacia. - Sulla cellotomia vaginale. Sulle grandi operazioni laringee. - Distribusione geografica del tracoma. - Cura meccanica endouterius. Colesteatoma del cervello.-Malattia ossea degli operai
di madreperla. - Società di medicina interna di Berlino.
Sicrodiagnostica di Widal. - Cardiopatia sifilitica. Escreizio muscolare nei cardiaci. - Presenza del gonococco in un versamento articolare d'inividuo non sofferente di gonorrea. - Perittifite nei bambini. - Insufficienza e stenosi della mitrale. - Volvulo nell'infansia.Emissione spontanca di un grosso calcolo biliare.

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Tornata del 22 febbraio 1897.

Presidente prof. LACHI

Spina bifida dersale. Cuneo riferisce di aver operato con esito felice una bambina di 8 mesi affetta da un grosso meningocele spinale, a livello delle scapole. Ha eseguito la escisione del sacco con allacciatura preventiva alla base del tumore indi ha suturato le meningi ed a strati i tessuti fibrosi, il connettivo e la cute.

Nueve eperazioni di chirurgia censervatrice dei piede. Caselli dopo aver accennato agli inconvenienti degli avuotamenti parziali nella tubercolosi ossea, riferisce al metodo da lui seguito da parecchi anni nella resesione del tarso, consistente nella sesione lineare con due tagli paralleli di sega, e nella asportazione di interi segmenti dello scheletro del piede, ossia in un sol perso di tutte le ossa el articolazioni ammalate, e fiualmente nell'avvicinare le due superficie di sezione e fiesarle con filo metallico o catgut.

Per le lesioni della parte anteriore del tareo i 2 tagli di segal sono verticali ed il piede resta accorciato in lunghessa.

Per le lesioni delle ossa posteriori del tarso o dell'articolazione tibio-tarsea, attacca la articolazione dal lato esterno, reseca il malleolo, asporta l'astragalo se occorre anche lo scafoide, e sega oriszontalmente la tibia, il perone ed il calcagno. Il piede resta normale in lunghezza ma l'arto viene accorciato.

Presenta parecchi operati con risultato funzionale soddisfacente.

Contribute allo studie delle ferite d'arma da fuece nella becca. Gluria ha studiato una ferita di arma da fueco della volta palatina di un suicida la quale presentava alcune fessure irradiantisi intorno al forame d'entrata del proiettile. Orede che queste fessure siano dovute alla stessa esplosione dei gas per la grandissima vicinanza della bocca dell'arma.

Ha istituito esperienze su cadaveri ed ha confermato che simili fessure della volta palatina si ripetono sempre quando la carica dell'arma è forte, ed il colpo è esploso in grande vicinansa del palato e nella linea mediana.

Minervini

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO

Tornate del 20 gennaio e del 8 e 10 febbraio 1897.

Contribuzione alle studie dell'esteomalacia. Lan. dau nota che l'osteomalacia scomparisce sovente con l'operazione di Porro. La cura con l'ooforina od ovarina proposta dal Senatorha dato buoni risultati nei disturbi della menopausa.

Caspari parla dell'azione dell'acido ossalico che ingerito dagli animali induce fragilità delle ossa

e maggiore eliminazione di calce.

Vironew ricorda che sotto il nome di esteomalacia si comprendono stati morbosi differenti, onde forse non si tratta di una entità morbosa a sè. Egli ha infatti distinto tre forme di questa malattia a seconda dell'aspetto che presentano le ossa, e cioè una varietà rossa (iperemica, infiammatoria); una varietà gialla (con abbondanza di grasso e che si osserva sopratutto nell'età avanzata), ed una variatà gelatiniforme (con sostanza gelatinosa contenente un peculiare albuminato).

Secondo l'oratore, in tutte queste forme non si tratta solo di decalcificasione delle cesa, onde è un errore parlare sempre in questi casi del modo come siffatta decalcificasione avvenga, poichè nel processo è sopratutto interessato il midollo ceseo. Ora non vi ha bisogno di un acido eccesionale (per es., l'acido ossalico siccome ha sostenuto il Cas pari) perchè la calce abbandoni l'osso, bastando all'uopo l'acido carbonico che si trova sciolto nel sangue; soltanto siffatta dissoluzione non avviene se non quando il tessuto ceseo è alterato e quindi non ritiene più la calca che ad esso è combinata. Il processo osteomalacico si rannoda per ciò a disturbi neuroti il.

Sulla selletemia vaginale. Abel presenta dei pezzi anetomici di gravidanze tubarie in cui si fece l'estirpazione mediante la laparotomia e si ottenne risultato felice. Combatte per ciò la celiotomia vaginale che può convenire solo, per tumori di piccolo volume dell' utero e degli annessi.

Saile grandi eperazioni iaringee. Giuok presenta alcuni individui operati da lui di estirpazione totale o parziale del laringe già da qualche anno, e discute le cagioni degli insuccessi che si possono avere attribuendo grande importanza nei casi di morte al fatto della polmonite e dell'inanizione, che possono evitarsi facendo per tempo uso di abbondante alimentazione liquida (7 litri al giorno fra cui 16 uova).

Distribuzione geografica del tracema. Kirchner dice che la malattia è in diminuzione nello esercito, ma in alcune province della Germania è in aumento ed ha un carattere epidemico, onde occorrerebbero delle misure per diminuirne il contagio e la diffusione, specie nelle scuole, ecc.

Hirschberg note the il tracoma a Berlino si osserva solo negli individui provenienti dalle province dell'est.

AIUCS GOILER

Nella Svizzera e nel Tirolo la malattia non esiste siccome in tutti i paesi elevati a più di 600 m. sul livello del mare. La cura migliore è l'escissione della congiuntiva, senza che con ciò si evitino le recidive, ovvero anche il vuotare il contenuto delle granulazioni mediante lo schiacsiamento con le pinzette.

Cera mescanica endo-uterina. Simons ha ottenuto nella Clinica di C s e m p i n buoni effetti da questa cura (introduzione di sonde e cateteri) in casi di uteri che si sviluppano normalmente fino alla pubertà, ma poi restano piccoli, atrofici e dànno luogo a dismenorrea e sterilità; nell'atrofia dell'utero per allattamento; nella frigidità sessuale; in certe metriti solerotiche a corso cronico, e nell'antifiessione con collo tapiroide.

Landau ha sperimentato utile la cura in parola nella sterilità, in cui ha avuto infatti più vantaggio dal cateterismo uterino che dalle discisioni, ma non ha mai notato che esso possa fare sparire uno stato atrofico dell' utero. Non ha esperienze personali nel caso di frigidità sessuale.

Crempia ritiene che l'introduzione delle sonde nell'atero giova nella dismenorrea e nell'atrofia dell'utero.

Gottschalk comunica i buoni risultati che si ottengono dall'uso combinato della sonda e dell'elettrolisi.

Colesteatemi del cervello. Benda presenta 2 colesteatomi rinvenuti nel cervello di due infermi che non offrireno in vita alcun sintoma di tumori cerebrali. L'esame istologico ha confermata l'opinione di Virchow circa l'origine epidermica dei detti tumori.

Malattia essea degil eperal in madreperia. W. Lewy.—Trattasi di un operaio di madreperia che presenta in un braccio gonfiora nella diafisi dell'omero, mentre l'epifisi e l'articolazione sono immuni.

La malattia d'ordinario guarisce in qualche mese, e sarebbe profiotta, secondo l'oratore, da una infesione a cui vanno soggetti specialmente i tornitori di madreperle, risultante dalla putrefasione dei detriti di madreperle che restano nell'acqua della cunetta della côte e che girando questa viene spruzzata sul viso degli operai.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO

Tornata del 18 gennaio e del 1º e 15 febbraio 1897

Sierediagnostica di Widal. Krüger assicura che la reazione di Widal manca solo nei casi in cui la malattia somiglia alla febbre tifoide, ma non è.

Frânkel trova la reazione suddetta utilissima per poter stabilire la diagnosi della febbre tifoidea rapidamente e non solo durante la malattia, ma anche nella convalescenza.

Stadelmann dà anche egli grande valore alla reazione di Widal nelle diagnosi dubbie.

Cardiepatia elfilitica. Recenthal riferiace il caso di un giovane di 28 anni, sifilitico e di costitu-

zione robusta, il quale, in seguito ad esercizio in bicicletta, presentò sintomi di miocardite, che sparirono dopo una cura specifica.

Esercizio muecelare nel cardiaci. Mayer opina che si debba negli obesi distinguere un'ipertrofia attiva ed una adiposi cardiaca, e quindi ritiene nocivo nella prima forma l'esercizio muscolare,

Alba, a proposito dell'esercizio muscolare, riferisce di aver trovato nei biciclisti di professione, immediatamente dopo la corsa, una notevole dilatazione acuta, per cui il il cuore aumentava di volume verso sinistra, la punta batteva più in fuori ed in basso, e sovente si osserva rinforzamento del secondo tono polmonare ed aortico, ed in un caso anche soffio sistolico. I fenomeni duravano per ben 12 ore dopo l'eccesso sportivo.

Zuntz attribuisce l'azione favorevole dell'esercizio muscolare su un cuore stanco, all'eccitazione dei gangli intrinseci del cuore operata dall'acido carbonico che con l'esercizio si accumula nel sangue.

Grimpaer dice che l'accumulo di acido carbonico non agisce stimolando il cuore; infatti il polso degli avvelenati per acido carbonico è fifiliforme; crede invece che esso, dilatando i vasi periferici diminuisce il lavoro del cuore.

Goldscheider o serva che siffatta dilatazione vasale per effetto dell'acido carcato con è ac-

Hirschfeld parla dell'insufficienza nutritiva della dieta lattea nei cardiaci nella quantità di 8_[4] di litro consigliata dal Carrell, che il primo la vantò. Ritiene l'acido carbonico come uno stimolante del cuore, da evitarsi quando non si vuole stimolare quest'organo.

Pressnza del goncecco in un versamente articelare d'individue nen sefferente di generrea. Leyden mostra dei preparati in cui, senza dubbio si veggono dei gonococchi, i quali sono caratteristici e non potrebbero confondersi altro che coi diplococchi, ma questi sono faccilmente coltivabili il che non è pei gonococchi.

Peritifilte nei bambini. Karewsky, ponendo termine alla sua conferenza del 4 gennaio, parla dei casi che dopo un corso benigno volgono a male e della difficoltà della diagnosi e della frequente origine tubercolare o actinomicotica della malattia nell'infanzia.

L'oratore combatte l'uso dei purganti e dei clisteri nell'appendicite e tratta della cura operativa, che deve sempre esser fatta nei casi di peritiflite recidivante.

Insufficienza e stenesi della mitrale. Hadelmanna— Trattasi di una giovanetta di 17 anni che si presentò all'ospedale con fenomeni di cianosi e con dilatazione del cuore che oltrepassava a destra la linea parasternale e raggiungeva quasi la mammillare.

Siffatta dilatazione era sopraggiunta in seguito a trapazzo fisico e scomparve dopo qualche settimana di cura adatta. Velvulo asli' infanzia. Rosenhelm presenta un preparato anatomico d'intestino di bambino morto di volvulo, non essendosi accettata l'operazione. Il volvulo erasi prodotto per cisti a contenuto chiloso nell'intestino tenue, cisti chilose che finora non erano state mai osservate nell'infanzia.

Emissiene spentanea di un gresso calcolo billare. Heymann ricorda il caso di una signora da lui curata che emise circa tre anni sono, spontaneamente un grosso calcolo biliare e che ora ne ha emesso un altro, poco più piccolo del primo e la cui esistenza fu allora da lui supposta.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica di Genova prof. E. Maragliano

Meianedermia - Diabete - Meianesarcemi del gangili linfatiol del fegato e del pancreas.

Accade invero, che frequentemente gli infermi di epatite interstiziale, qualunque ne sia la forma, presentino pigmentazione più o meno marcata dalla cute e si hanno poi casi affatto speciali di epatite intertiziale ipertrofica od atrofica, nella quale la pigmentazione assume proporzioni considerevoli, tanto che la pelle degli ammalati (e sovratutto quella del viso) prende una colorazione veramente bronzina, mentre che nello stesso tempo si ha una spiccata glicosuria, aecompagnata da tutta la fenomenologia caratteristica del diabete.

Nel nostro infermo la colorazione della cute al viso ha precisamente raggiunti questi estremi e la glicosuria esiste in proporsioni rilevanti, talchè la quantità di zucchero eliminato nelle 24 ore oltrepassa i 200 grammi, mentre il fegato è grosso. Non potrebbe quindi trattarsi appunto di questa forma speciale di epatite con diabete, che venne designata colnome di Diabete bronsino oppure con quello di Cirrosi pigmentaria ipertrofica del diabete?

Prima di esaminare tale possibilità pel nostro infermo, è necessario bene intenderci su questa entità nosologica, che da pochi anni si è tentato d'introdurre nella clinica.

Il tentativo infatti è tutto recente e ne spetta l'inisiativa ad un geniale patologo francese, ad Hanot, testè rapito immaturamente alla scienza. Fu nel 1881 appunto che Hanot, unitamente a Chauffard, pubblicò la storia di due infermi, nei quali si ebbe il triplice ordine di fatti: melanodermia, ipertrofia del fegato e diabete,

La melanoderinia era intensa, tanto da far pensare ad una malattia di Addison o ad argiriamo: la glucosuria pure considerevole, nella misura di 200-300 grammi al giorno ed il corredo sintomatico del diabete, se non accentuato spiccatamente, pure pressochè completo, sia per aumento dell'urina, sia per stato marastico progressivamente crescente, sia per un certo grado di polifagia, di polidipsia e di poliuria. Il colore solo delle urine non era pallido quale si ha d'abitudine nei diabetici. ma carico, quale si vede nella

cirrosi volgare del fegato. Ed il fegato aumentato considerevolmente di volume, mentre la milza era nei suoi conflini normali. La necroscopia di questi ammalati dimostrò poi che il fegato era considerevolmente ingrossato, che ecisteva una vecchia epatite interstiziale con estese neoformazioni connettivali generalizzate, senza però presentare in alcun modo la disposizione anulare. Le cellule epatiche erano cariche di granuli pigmentati, colorate in bruno cupo, molto infiltrate di grasso ed impicciolite. Si vedevano inoltre molti canalicoli biliari neoformati. La parte secretiva dell' organo, concludevano gli autori nel riferirne, era quasi interamente distrutta da un triplice lavorio regressivo: la degeneraziona grassa, la degenerazione pigmentale atrofica, la trasformazione pseudo - canalicolare. Le capsule surrenali erano integre. Gli autori innanzi a tali fatti ritennero che in questi ammalati, sotto l'influeasa combinata dell'iperglicemia, della sua condisione patogenetica, ad essi ignota, e dell'insufficienza circolatoria creata dalla endoarterite diabettos, la celluia epatica abbiasubito un disordine evolutivo nella sua funzione cromatogenetica e sia divenuta sede di ipergenesi pigmentale. Secondo essi, alla medesima guisa che il fegato produceva il glucosio, produceva ancora una quantità maggiore di pig-

Dalla cospirazione di questo complesso di circostanze, secondo gli autori, ne derivava una forma clinica speciale di epatite cronica con diabete e melanodermia. E di qui la creazienc di una entità nosografica nuova, il diabete bronzino. Da allora in poi altri dieci casi consimili vennero raccolti nella letteratura medica, ma bisogna convenire che questi nuovi esempii, invece di meglio individualizzare questa entità morbosa, contribuirono forse a renderla meno chiara. Perocchè in alcuni di essi, sebbene si avessero i fatti diabetici e la alterazione epatica con accumulo di pigmento nel fegato ed in altri organi, non si aveva la melanodermia, perchè in altri due si aveva la melanodermia ed il diabete, ma il fegato era piccino in vece di essere grosso. Un altro fatto è poi emerso : la esistenza, cioè di unasclerosi diffusa del pancreas, in buona parte dei casi.

Ma prescindendo dal fatto: deposito di pigmento nella cute, bisogna convenire che, dal complesso di tutti questi casi, risultano tre fatti costanti: la glucosuria con molti dei fenomeni diabetici — la epatite interstisiale diffusa — l'abnorme formazione di pigmento: pigmento ocraceo, ricco di ferro, derivazione diretta della emoglobina e dei globuli distrutti, pigmento che si raccoglie specialmente nel fegato, che si trova disseminato un po' dovunque, che spesso, non sempre, si localizza anche in modo abnorme alla cute.

Questi tre fatti costanti sono pure accompagnati da altri fenomeni che si ripetono con pari frequenza e che contribuiscono a delineare, secondo i caldeggiatori di essa, questa antità merbosa.

polifagia, di polidipsia e di poliuria. Il colore solo Così, per quel che riguarda l'età, la si è veduta delle urine non era pallido quale si ha d'abitu- fra i 40 ed i 60 ammi. Il più giovane degli amdine nei diabetici, ma carico, quale si vede nella malati aveva 87 anni, il più vecchio 61; per quel

che si riferisce al sesso, è pressoché esclusiva dei maschi.

L'esordio ha luogo d'ordinario coi fenomeni proprii del diabete che si manifestano come fatto primo, o preceduti, come avvenne qualche volta, da sintomi partinenti alle vie aeree, in individui nei quali si trovarono, poi, focolai di tubercolosi agli apici.

A tutti questi si aggiungono spesso perturbamenti addominali, dolori, meteorismo, qualche volta scarsa ascite ed accentuazione della rete venosa cutanea; si trova il fegato grosso, spesso grossa anche la milsa. L'urina è ricca di succhero, ma assai pigmentata.

La nutrizione generale si altera rapidamente; la cute diventa secca e più o meno pigmentata. La pigmentazione non è a chiazze, è uniforme e rispetta le mucosc. Gli ammalati dimagrano in modo considerevole, compariscono edemi alle estremità, talora anche macchie di porpora e itterizia, qualche altra volta leggiera febbre. Nel sangue circolante si può dimostrare la presenza di granuli pigmentati. La malattia si svolge rapidamente. La durata media sua è di 11 mesi e mezzo, il massimo veduto di due anni, il minimo di cinque mesi. L'esito è sempre letale.

Tutto questo è vero, ma basta per individualiz zare una entità patologica nuova?

Per creare una entità patologica è necessario un elemento costante ben determinato, di significato specifico e non generico, che riassuma in sè la ragione logica della entità che si vuole creare. Questo momento può essere anatomc-patologico ed è meno sicuro; può essere un sintoma ed è più fallace ancora.

Ora quale è l'elemento costante ben determinato sul quale può poggiare la individualizzazione del morbo in questo cosidetto liabete bronzino?

Di etiologici non se ne ha alcuno. Di sintomatici se ne invocano due, la glucosuria e la pigmentazione; di anatomo-patologici l'alterazione del fegato. Ma la glucosuria è un sintoma generico di sua natura, e che non può per sè stesso individualizzare un'entità morbosa; e quando la può individualizzare per dati accessorii, ha pel diabete solo valore patognomonico.

La pigmentazione non ha, a sua volta, che un significato; distruzione abnorme di globuli rossi, formazione abnorme di pigmento, accumulo di esso, e può vedersi ogni qualvolta questo fatto si verifichi.

Non resta quindi che il fatto anatomo-patologico; epatite interstiziale con ipertrofia dell'organo. Ma questo ha valore solo per individuslizzare una varietà anatomo- patologica di epatite, che può decorrere, con o sensa, melanodermia.

Nè il fatto di essere questa epatite pigmentata può valere a caratterizzarla, perchè il fegato pigmentato può aversi nella malaria, nella malattia di Werlhoff, nell'emoglobinuria, nella cachessia in genere.

Talchè, fatta la somma, nulla resta di ben definito in questa pretesa entità morbosa, perchè nessuno dei tre fatti cardinali invocati: epatite, glucosuria, pigmentazione, è necessariamente con-

nesso all'altro, da rapporti di causalità o di finalità, talchè la loro riunione, quando avviene,
deve aversi quale un fatto puramente e semplicemente iortuito, non qual espressione di una
speciale malattia. El appunto perchè fortuito questo accumulo, è raro il rinvenirlo. Ed il fatto solo
di essersene trovati dieci esemplari solamente e
dieci esemplari incompleti dal 1881 a questa parte, ne è la prova più evidente. E di evidensa
tanto maggiore, in quanto che si tratta di fenomeni morbosi così facilmente afferrabili, così nettamente tangibili, che se non ne vennero segnalati di più, dimostra che proprio di più non se
ne sono trovati.

Concludendo, quindi, bisogna ritenere che in questi casi trattasi fondamentalmente ed esclusivamente di una epatite interstiziale, ipertrofica, diffusa, a forma mista, alla quale, eccezionalmente, si è associata una abnorme produzione di pigmento ed un diabete, che per i caratteri suoi, per la subitanea sua esplosione, per il suo andamento progressivo, per la cachessia progrediente, marastica con cui si accompagna, ha tutti i caratteri di un diabete da lesione del pancreas. Ed invero il pancreas fu, in parecchi dei dieci mentovati casi, trovato in uno stato di avanzata scierosi, nè è fuor di luogo il dubitare, che se in qualche altro caso nessuna alterasione panoreatica è segnalata, ciò dipenda dal non essersi al pancreas rivolta sufficiente attenzione.

La pigmentazione non può ritenersi legata nè al diabete, nè all'epatite: è un epifenomeno determinato da condizioni affatto individuali e proprie di ogni caso. E può aversi questa pigmentazione sensa diabete. A produrla basta il fatto della abnorme distruzione globulare e di una abnorme elaborazione di pigmento dalla emoglobina che ne deriva.

Ed ora, dopo questa escursione un pò lunga ma necessaria, ritorniamo al nostro ammalato.

Egli ha il fegato grosso, sì, ma un fegato che è ancora, certo, in buona parte, funzionante. Lo dice la bile che tuttavia fabbrica , la ricchessa di urea, la fisiologica proporzione fra asoto totale ed azoto ureico. E questo si accorda poco con una alterazione diffusa, profonda, spiccatamente degenerativa delle cellule epatiche, quale, si ha nella varietà di epatite che abbiamo descritta. Vero è che i casi, fin qui pubblicati, mancano di indagini in questo senso, ma, data la natura dei reperti segnalati, la necessità di una profonda alterazione funzionale s'impone. E questa considerazione, associata al fatto di un sarcoma melanotico già asportato , di un altro evidentemente manifestatosi, è sufficiente per credere più alla presenza di sarcomi nel fegato che a quella di una epatite ipertrofica.

Ma, però, si ha un diabete. Sicuro, e aggiungo che questo diabete ha i caratteri di quello pancreatico. Riandate la storia dell'ammalato ed un fatto vi colpirà: l'infermo, il quale ha intelligenza lucida e retto discernimento, dà come data di esordio della sua malattia, il novembre del 1896. Fino a quell' epoca, egli riteneva di esser sano, afferma che era sano e che adempie-

va bene al faticoso ufficio suo. E tutto questo significa che, quand' anco in realtà già fossero esistite condizioni patologiche nel suo organismo; pure desse non avevano alterata la nutrizione, nè turbata la cenestesi.

Ebbene, quest' uomo, in pochi giorni, si trova annientato; le sue forze progressivamente decadono e nello spazio di tre mesi perde 18 kilogrammi del suo peso, e col peso ogni energia fisica. Quest' insieme di fenomeni distrofici, ritenetelo, segue l'esordio del diabete, che possiamo fondatamente ritenere dati appunto dal novembre. E questo è proprio l'andamento caratteristico del diabete panoreatico.

Ciò premesso, nella medesima guisa che un diabete pancreatico si associa ad una epatite diffusa e pigmentata, perchè un diabete pancreatico non può associarsi ad un sarcoma melanotico del fegato? E perchè non può essere accaduto che il sarcoma siasi pure localizzato nel pancreas?

E la logica appunto a questa conclusione deve condurci. Ne la associazione del diabete e della pigmentazione ad un sarcoma melanotico può parere più strana di quella che si ha dei medesimi fatti, con una epatite oronica.

Così il nostro caso è un diabete bronsino, si, ma un diabete bronsino determinato da alterasioni neoplastiche del pancreas e del fegato.

E di localizzazioni sarcomatose non ne sono avvenute altre nel nostro ammalato? Si ha ragione di sospettarne una nella pleura sinistra. Ivi infatti trovismo i segni di una pleurite essudativa, mentre il liquido che se ne ricava è poi scarsissimo. Nè oltre la pleura puossi escludere altra ripetizione del processo nello stomaco, nei gangli mesenterici ed in altri apparati gangliari. Ma, però, non si hanno dati positivi per affermarne l'esistenza. Le nevralgie che soffre l'infermo, localizzate nel campo del plesso sacrale, possono dare adito, è vero, a qualche sospetto, ma non bisogna dimenticare che siamo innanzi ad un diabetico e che le nevralgie sono nel diabete comuni. Così dicasi della assenza dei riflessi patellari e della depressione completa di ogni energia sessuale.

I caratteri dell'urina ci rappresentano sommate le alterazioni indotte da un morbo epatico e quelle indotte dal diabete.

In quanto all'apparato vascolare, sono evidenti i fatti di una arterio solero i diffusa con ectasia aortica.

Per cui complessivamente in questo infermo dobbiamo formulare la diagnosi: Arterio sclerosi diffusa con ectasia aortica, melanodermia, diabete, melanosarcomi della cute, dei gangli ascellari, del fegato e del pancreas.

Per la prognosi debbo dirvi che quest'uomo è fatalmente condannato ad essere vittima della sua malattia. Nessuna speranza ne di guarigione, ne di miglioramento temporaneo è ammissibile.

E la sua fine non tarderà a verificarsi.

E' proprio dei sarcomi uccidere rapidamente ed uccide pure rapidamente un diabete pancreatico. Attendetevi, quindi, di vedere mancare il povero infermo nello spazio di poche settimane.

Ed è per questo che non vi ragiono dettagliatamente di una cura. Solo vi dirò che è indicato l' uso della stricnina, che spingeremo ad alta dose, e quello di una alimentazione dalla quale siano in massima banditi gli idrati di carbonio (Cronaca della Clin. Med. di Genova, 27 febbraio 1897).

IGIENE INDIVIDUALE

igiene della boeca

La cura della bocca è stata in ogni tempo tenuta in considerazione e, fin nei libri d'Ippocrate, si trovano delle formole di polveri dentifricie per dare lo splendore ai denti e la freschezza all'alito.

Parimenti si è sempre notato il rapporto che vi ha fra cattivo stato della dentizione ed affesioni dello stomaco. Senonchè l'igiene della bocca non ha ricevuto il suo suggello di utilità se non il giorno in cui si conobbero i microrganismi che pullulano all'entrata del tubo digerente, e che sono appunto le cagione sia delle fermentazioni che colpiscono l'epitelio della mucosa boccale o il tessuto dentario, sia delle infezioni tutte che vi possano attecchire.

Ciò posto le cure igieniche della bocca, dice il dottor C h o m p r e t, in un recente articolo delle *Presse Mèdicale* (N. 14) che qui vogliamo riassumere, dovranno cominciare appena il primo dente spuntato abbia (col forare la gengiva) dato adito ai microrganismi.

Finché l'alimentazione è puramente lattea, il pericolo non esiste quasi per nulla, posto che il seno della nutrice o il poppatoio siano asettici; ma non appena il bambino comincia a mangiare, è necessario che dopo i pasti non resti alcun detrito di cibo fra i denti. Ogni pasto, anche leggiero, sarà quindi seguito da una lavanda che la madre farà accuratamente nella bocca del bambino, cercando di togliere tutti i residui di alimenti che vi siano rimasti.

Appena il bambino si sarà fatto grandicello, gli si insegnerà a nettarsi da sè la bocca, ed è curioso di vedere come un bambino di tre o quattro anni arriva facilmente a pulirsi bene i denti tutto felice e fiero di poter fare come il papa e

Così si arriva a sei anni e messo e la merce della pulizia boccale si hanno tutti i denti di latte belli e sani. Spunta allora il primo grosso molare che i parenti in generale credono sia un dente di latte e quindi lo trascurano, ma ciò è male, poichè esso è invece un dente permanente, che deve durare tutta la vita e, per giunta, ha più tendenza di ogni altro alla carie, essendosi formato in un' epoca in cui son più violenti i disturbi della nutrizione, sensa dire che la prima dentizione merita ancora più attensione della seconda, poichè è appunto nel periodo in cui essa dura, cioè dai primi mesi ai 12 anni, epoca in cui cadono gli ultimi denti di latte, che la nutrizione bisogna che sia perfetta e florida. Ora,

il bambino che non cura la nettezza della bocca avrà dei denti cariati, soffrirà mangerà, difficilmente e non si svilupperà come dovrebbe, mentre le fermentazioni dovate ai detriti alimentari apriranno la porta ad altri agenti d'infezione, e potranno sorgere suppurazioni glandolari, e via dicendo.

Bisognera, parimenti imparare i bambini a masticare bene ed evitare, innansi tutto, l'abuso degli acidi e dei dolciumi, che inducendo fermentazione lattica, acetica o butirica decalcificano qua e là i denti e producono la carie. Il nutrimento sia sano e si evitino i piatti troppo delicati e composti.

Il pane bigio è preferibile al bianco perchè più ricco di sali minerali e perchè più duro, onde una migliore masticasione ed insalivasione

che ne facilita la digestione.

Da 7 a 18 anni comincia la seconda dentiziooe. I denti di latte saranno cavati appena compariscono quelli che devono sostituirli, altrimenti alcune radici di molari temporanei potrebbero rimanere incastrate coi premolari ed essere causa di contagio, Gl'incisivi o i canini permanenti la cui evoluzione follicolare è potuta essere ostacoata spuntano talvolta in avanti o indietro dei denti temporanei corrispondenti e formano così degli angoli più o meno acuti nei quali possono fermarsi i residui alimentari. Queste irregolarità si possono e si devono correggere, poichè oltre alla possibilità delle carie, si avrebbe una deformità della bocca spiacevole e una cattiva masticazione per la irregolarità della disposizione dentaria.

Ma gli anni passano e si diventa grandi e poi vecchi, e l'igiene della bocca diventa ancor più necessaria. Lo sviluppo del dente della saggezza spesso produce accidenti, ma l'antisepsi della bocca li arresterà se pure non sarà riuscita ad evitarli.

E poi ad ogni momento della vita con una buona igiene della bocca si eviterà l'attecchimento o la virulenza di tanti terribili microbii che trovano la porta d'ingresso pell'organismo nella bocca, come ad esempio quello della difterite, della suppurazione, ecc. specie quando l'organismo è meno resistente, come è il caso della donna, soggetta a periodi di denutrizione consideravole per la mestruazione, la gravidanza o l'allattamento, nei quali periodi occorre più un'esatta nettezza della bocca.

Ma con quali mezzi si fara siffatta pulizia della bocca?

Le armi che sono a nostra disposizione sono tre: lo steccadenti, lo spazzolino e il dentifricio.

Lo steccadenti fu adoperato in ogni tempo: eccovi ciò che ne dice Marziale:

Lentiscum melius: sed si tibi frondea cuspis Depuerit, dentes penna levare potest.

Il precetto non potrebbe esser meglio formulato: dopo ciascuna introduzione di alimenti servitevi di uno stecchino di legno, o, in man-

canza, di penna, e così, togliendo i detriti alimentari, voi eviterete le fermentazioni col loro corteo di carie ecc.

Lo spazzolino sarà duro, in modo da produrre una notevole azione meccanica; forse le gengive in principio sanguineranno poichè si dovrà dirigere lo spazzolino non solo perpendicolarmente ai denti, ma anche (e sopra tutto) obliquamente e in direzione del solco gengivo-dentario. Ma siffatte piccole emorragie non devono impensierire, e poi esse finiranno presto quando le mucosa si sarà rinvigorita da questa specie di massaggio e diverrà più dura. Per ottenere anche questo scopo sará bene lavarsi i denti con una preparazione fredda.

Gli spazzolini molli, quelli di caucciù sono molto cattivi, poichè essi non tolgono lo strato di tartaro viscido che ristagna sempre al margine libero della gengivajfavoriscono grandemente l'infiammazione della mucosa, onde chi ne fa uso bentosto è ridotto a dovervi rinunziare, poichè nemmeno quel piccolo stimolo è più tollerato dalla loro gengive e inoltre nemmeno quello della pezzola, così che via via la gengive si fanno sanguinanti e dolorose anche con la semplice masticazione.

El ora dentifricii. Le qualità di un buon dentifricio devono essere; 1º di nettare perfettamente la bosca penetrando in tutte la anfrattuosità, sensa però ledere chimicamente o meccanicamente i tessuti; 2º di portare un principio antisettico che possa combattere i microrganismi e i loro effetti.

Si elimineranno quindi, in prime luogo tutte le polveri costituite da elementi poco solubili che non riescono quindi a penetrare da per tutto, che agiscono solo troppo localmente e infine si soffermano qua e là sui margini gengivali e possono dare scollamenti, talora così ribelli alle cure, e che in ogni modo aprono la porta agli elementi infettivi.

I dentifricii liquidi però non sono nemmeno buoni, poichè essi non riescono a togliere il muco e la viscosità che ricoprono i denti e le gengive el hanno quindi un' azione troppo superficiale.

Bisogna evitare molto gli oppiati a base di miele che favoriscono le fermentazioni altrettanto che le sostanze zuccherine. Fa mestieri anche tener presente che i dentifricii acidi, che sembrano utili nelle bocche che hanno forte reazione alcalina, divengono ben presto nocivi, poichè è difficile, per non dire impossibile, limitarne l'azione. I depositi calcarei di origine microbica devono togliersi con strumenti speciali e l'operazione deve essere fatta asetticamente ed eseguita, in alcune persone, ogni anno, per evitare scollamenti e via dicendo.

Il solo dentifricio che soddisfaccia ai precetti lella scienza odierna, pare sia il sapone antisettico.

Il sapone, infatti, penetra in tutti i punti più celati della bocca, emulsiona i grassi, va per così dire a scollare i detriti alimentari al pari che le cellule provenienti dalla continua muta dell'epitelio, e nulla può sfuggirgli; essa lava perfettamente la cavità boccale, inducendovi l'asepsi e togliendo la causa prossima delle fermentazioni e della infezione.

Il sapone ordinario potrebbe dare anch'esso sifiatto risultato, ma in primo luogo è nauseabondo e non tutti lo tollererebbero, di più i sali di soda che contiene, possono, a lungo andare, alterare il tessuto dentario, e infine manca di una delle qualità richieste da un dentifricio, siccome è detto sopra, vale a dire di una sostanza spiocatamente antisettica.

Esco perchè sarà bene servirsi di un sapone prepato specialmente che sia efficace e nello stesso tempo non sgradevole al palato. Una buona preparazione è la seguente:

Sapone medicinale	gram.	80
Glicerina	•	80
Alcool a 90	•	15
Acido salicilico	•	1
Essenza di menta piperita Materia colorante) q.	b.

L'acido salicilico si preferisce perchè oltre ad essere un antisettico potente non aunerisce i denti come l'acido borico, né ha sapore sgradevole.

Per servirsi del sapone preparato come sopra si stropiccerà su esso uno spazzolino duro, umettato in acqua fredda e così leggermente carico di sapone si passerà con forsa sui denti e sulle gengive in dentro ed in fuori, insistendo sui margini gengivo-dentarii.

Qualora si avesse ripugnanza invincibile per ogni sorta di sapone si potrebbe fare uso della pasta seguente:

Olorato di potassio	gram. 80
Bicarbonato di sodio	4 40
Acido salicilico	< 1
Essenza di menta	gocce XX
Cocciniglia	q. b. a colorare
Glicerina /	- h -4 !
Acana \	q. b. ad impastare

Dopo qualsiasi preparazione adoperata per l'uso dello spazzolino, fa mestieri sciacquarsi a lungo la bocca e gargarizzarsi anche con la soluzione seguente:

Idrato di cloralio	gram.	15
Tintura di cucalipto	•	15
Alcool	•	160
Essenza di menta piperita	•	0,75
Un cucchiaino da caffe in un		e di ao-
qua bollita.		

S'ffatta polizia della bocca deve farsi da tutti, grandi e piccini, conchiude il Chompret, mattina e sera principalmente la sera, per evitare le fermentazioni che possono prodursi durante la notte. E sarebbe anche meglio se potesse farsi dopo ciascun pasto, perchè si eviterebbe così quasi certamente la carie dentaria e cgni lesione gengivale che sono, ad ogni età, sorgente di noja e di tormenti.

NOTIZIE

Laboratorio private di ricerche scientifiche

Il dott. L. Mord che oltre ad essere un distinto scienziato ha la fortuna di possedere un grande peculio, elargi due milioni e messo per la fondazione a Londra di un grandicso laboratorio che prenderà il titolo di Dawy-Faraday e sarà diretto da lord Rayleych e dal prof. Du cas. Ne sarà segretario il sig. Roberto Mond.

Gli studenti di medicina noile Università evizzere.

Nelle cinque Facoltà di medicina della Svizzera nel semestre invernale 1896-97 si contano 1085 studenti, di cui 449 stranieri e 287 donne (per lo più straniere). A paragone del semestre d'inverno precedente vi è anche nella Svizzera un aumento del numero di studenti di medicina per quest'anno.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Massa. — È aperto un concorso per un progetto di manisomio per 8600 alienati da erigersi nel territorio della Provincia di Massa, Scadenza 17 marzo p. v.

Maddalesa (Sardegna). — Medico condotto per la seneralità degli abitanti. Stipendio annuo L. 2400 nette di ritenuta, pagabili a dodicesimi posticipati. Scadenza 15 marso.

Cattedre universitarse

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Mslano.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

I signori abbonati che hanno ricevute la nestra circolare e non ancora hanno adempite a quanto in essa si chiedeva, le facciame noto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dopo tale termine spediremo il ricevo gravate delle spese eccorrenti. Somazio. — 1. Riviste generali. Gli ascessi sotto diaframmatici. — 2. Lesioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma (prof. Campana). Mixedema idiopatico. Ulcera mista del glando con balanopostite, adenopatie e sifiloderma papuloso lenticolare. — 8. Società scientifiche. — 4. Rivista di Clinica. Clinica madica. dell'ospedale Trousseau (dott. Richardière). Su due casi di pemfigo acuto. — 5. Note di pratica medica. — 6. Formulario.

RIVISTE GENERALI

Gli ascessi sotto-diaframmatici

Il peritoneo, per ricoprire i diversi organi che sono in rapporto con la faccia inferiore del diaframma, forma molteplici duplicature che limitano tanti cul di sacco sierosi, che la peritonite adesiva giunge facilmente ad isolare dalla grande cavità del peritoneo.

Queste legge sono sopra tutto evidenti e distinte alla superficie superiore del fegato ove i ligamenti coronario e sospensorio (ordinariamente rispettati) formano limiti naturali; ma esse possono anche trovarsi a sinistra, circondando l'estrem'tà superiore della milsa e limitandosi in basso per aderense dello stomaco e del colon trasverso alla parete addominale. Ora, se l'infiammazione dei visceri sottostanti, che ha prodotto le aderense, ha esito in perforazione con syuctamento di pus o di sostanse gastriche od intestinali, cavità accidentali sono invase dalla suppurazione e così si trova costituito l'ascesso sotto-diaframmatico.

Queste raccolte purulente sono relativamente rare e la loro profonda situazione le nasconde per lungo tempo alle investigazioni. I loro sintomi sono vaghi: in primo tempo possono essere mascherati dai segni della malattia iniziale, più tardi sono modificati dal sopraggiungere di fenomeni nuovi, risultanti dalla compressione e dalla invasione di organi vicini. Tutte queste circostanze rendono la diagnosi di ascesso molto oscura e quindi questo rimane per un certo tempo sco nosciuto ed incurato, proprio quando la terapia potrebbe avere ragione del processo. Finalmente, anche diagnosticato un ascesso sotto-diaframmatico, si è sempre incerti su quale via debba scegliersi per curarlo. Da ciò deriva l'altissima mortalità (82 % dei casi secondo Scheurlen) no tata da tutti; ma i felici risultati ottenuti nei casi in cui una diagnosi precoce pot te essere fatta, spingono a ritenere, dice il Merigot de Treigny (Journal des praticiens, febbraio 1897) che la loro gravezza sarebbe di molto attenuata ove fossero meglio studiati.

La conoscenza delle condizioni che ne favoriscono la produzione è importantissima e spesso è l'anamnesi che può metterci sulla via.

Sotto questo punto di vista, deve citarsi in prima linea l'ulcera dello stomaco, che realizza assolutamente il processo capace di indurre una suppurazione sotto-diaframmatica incistata: al principio la peritonite locale adesiva, poi la possibile perforazione con versamento di materiali settici nella loggia incistata. E' da notare che l'ulcera può non dare più alcun segno clinico ed essere anche cicatrizzata quando l'ascesso richiama l'attenzione del medico.

L'ulcera duodenale può ritenersi ancora più grave di quella gastrica per la genesi dello ascesso. Tenuto conto della grande rarità della localissasione duodenale dell'ulcera, la cifra di 10 casi su 170 ascessi (Lang), è, per così dire, enorme.

L'ulcera neoplastica dello stomaco, raramente cagiona l'ascesso; un solo caso è citato da Hilton-Fagge.

L'infiammasione delle vie biliari può essere una causa degli ascessi sotto-diaframmatici (17 su 170), tanto se l'ascesso biliare si apre sulla faccia convessa del fegato che se la suppurazione abbia origine nella vessicola biliare (Deschamps).

Le cisti idatidee suppurate del fegato, possono rompersi in una loggia sotto-diaframmatica(Trousseau, Herrlich, Fraenkel, Koerte).

L'origine splenica degli ascessi sotto diaframmatici è molto più rara (8 su 170).

Talvolta si trova come lesione causale un ascesso splenico consecutivo ad alterazioni svariate.

Gli organi che si trovano in rapporto immediato col diaframma, non sono i soli capaci di peovocare un empiema sub-frenico; spesso è date ritrovare l'origine di questo, in una perforazione intestinale più o meno lontana (l'appendicite perforante va in prima linea). Queste suppurazioni sotto-diaframmatiche sopravvengono generalmente durante la fase acuta dell'appendicite, ma possono presentarsi anche nel corso di una appendicite cronica. Le ulcerazioni delle sitre parti dell'intestino, danno meno spesso una simile complicansa; però il fatto è stato notato specialmente per ulcerazioni disenteriche del colon.

Le infezioni coliche, se condo Jonnesco, possono anch' esse provocare un ascesso a distanza, senza perforazione, per semplice migrazione dei microrganismi a traverso le pareti intestinali.

Anche i reni ed i genitali interni della donna, possono, se alterati, provocare un empiema subfrenice; ma quando la lesione iniziale ha sede lontano dal diaframma, non si devono considerare come ascessi sotte-diaframmatici che i casi in cui la suppurazione è limitata alla regione; devono eliminarsi quelli in cui la raccolta sub-frenica è una fusione purulenta proveniente da un gran focolaio peritoneale. Così considerati, gli ascessi da migrazione sotto-diaframmatici devono ritenersi rari.

Tra le origini intra-peritoneali di questi ascessi, bisogna menzionare le cisti sanguigne degli ipocondri, veri ematoceli suppurati e la peritonite tubercolare, che in certi casi determina un vero pio pneumo-torace sub frenico.

Le suppurazioni intra-toraciche ed in particolare la pleurite purulenta, sono di rado causa di ascessi sub-frenici (6 su 170); nelle sue anormali migrazioni, l'empiema tende più a scendere a traverso il diaframma nella regione lombare, che a formarsi al disopra del fegato. Però il L a mpe ne cita un caso. Ga y de, d'altra parte, pubblicò un caso di pleurite meta-pneumonica con vasto ascesso sopra-epatico. Volendo dare esito al contenuto pleurico, egli aprì l'ascesso addominale e non la pleura, la quale, benchè contenesse 2 litri di pus, presentava aderense alla base. Finalmente v'ha un certo numero di casi, in cui è impossibile determinare l'origine degli ascessi sub-frenici.

L'evoluzione di queste suppurazioni può essere del tutto subdola e rilevarsi solo molto tardi con un accidente grave, oppure con la morte subitanea, oppure s' inizia insidiosamente nel corso di altra lesione.

Il più di sovente però l'ascesso si annuncia con un dolore vivo, più o meno localizzato allo epigastrio o ad un ipocondrio, irradiantesi verso la spalla corrispondente. Questo dolore può simulare il dolore puntorio laterale delle toracopatie. Esso ha sede ordinariamento più in basso di questo, ma anche si esagera con i movimenti respiratorii e determina angoscia e dispnea. La pressione al disotto delle arcate costali, la spinta in alto degli organi profondi, aumentano il dolo re, ma non si constatano punto i punti dolorosi descritti nella pleurite diaframmatica.

Questo dolore iniziale si accompagna spesso ad un brivido violento ed a febbre alta (40° Vaulair); il volto spesso esprime l'angoscia vomiti ripetuti, costipazione ribelle.

La febbre si mantiene elevata per alquanti giorni, poi scema e diventa remittente, mentre i

sintomi generali si attenuano.

Oltre del dolore, l'esame obiettivo in principio non fa rilevare altro che timpanismo sopra-ombelicale; poi progressivamente la malattia si costituisce con i suoi due ordini di sintomi locali cioè: tumefazione epigastrica e modificazioni stetoscopiche del torace.

Questi due gruppi di manifestazioni, possono presentare una importanza diversissima; l'uno può prevalere sull'altro ed offuscarlo quasi completa-

mente.

La tumefazione epigastrica (più soventi predominante a destra) si accenta sempre più; la base del torace può essere slargata e le arcate costali portate verso fuori. La tumefazione è dura e spesso a contorni irregolari non ben delimitati. Al palpamento dà un senso di pastosità ma talvolta offre una fluttuazione evidentissima.

Se l'ascesso è dovuto ad una perforazione gastro-intestinale rimasta beante, vi si riconosce facilmente la presenza di gas, il centro della tumefazione diventa sonoro, talvolta timpanico ed è capace di simulare una gastrectasia (Debove, Rèmond).

Nei casi riportati da Pasturaud e da Rigal, i caratteri plessimetrici variavano con la posizione: sonorità nel decubito, ottusità nella

posizione seduta.

Se l'ascesso tende ad aprirsi dalla via della parete addominale può svilupparsi una tumefasione enfisematosa all'epigastrio.

In alcuni casi, l'ascesso sotto-diaframmatico si esplica solo con questi sintomi addominali; però il più spesso esso si traduce con un complesso di sintomi toracici e può (specie se la tumefazione è poca o nulla) sviare completamente la diagnosi. I sintomi allora sono quelli di un versamento pleurala semplice o complicato a pneumotorace. Nei casi in cui lo ascesso non contiene gas, si nota una ottusità che parte dalla base del polmone e sale più o meno in alto (alla 8ª costola Muse lier e Kirmisson; al disopra della 3ª, Rouis). Se l'ascesso è localizzato a sinistra, caso più rare, lo spazio semilunare del Traube scompare, con un livello più elevato di ottusità. Il limite superiore di questa, rappresenta una curva a concavità inferiore (opposta a quella della pleurite che è a concavità superiore); inoltre, questa ottusità non è nettamente limitabile, almeno da uno dei lati; è frequente pure osservare che lo ascesso faccia risalire in alto il diaframma tanto da un lato che dall'altro ed allora più non si avvera quanto poneva il Leyden per la diagnosi differenziale tra ascesso subfrenico e pleurite, che cioè uno dei due polmoni dovesse essere integro e proprio quello opposto dal lato dello ascesso. Nel caso della elevazione totale del diaframma l'integrità può esistere solo nei lobi superiori poichè le basi sono sede di una compressione più o meno notevole.

Gli spostamenti viscerali meritano speciale mensione: il fegato è un pò abbassato (ma poo in virtà delle aderenze) il cuore in alto e di lato, la 12ª costola, che nelle pleuriti si presenta abbassata, nell'ascesso sub-frenico si eleva più o meno. Nella zona ottusa, le vibrazioni toraciche sono abolite ed il murmure vescicolare soppresso, ma l'uno e l'altro ricompaiono bruscamente al di la dei limiti netti della zona afonetica. Talvolta vi sono fremiti pleurali, egofonia, pettoriloquio che sono possibili cause di errori diagnostici. A questi sintomi fisici se ne aggiunge, quasi costantemente, uno funzionale, ed è la dispnea, la quale è sproporzionata, se si tien conto della lieve, esten-

sione della zona ottusa.

Al contrario, Mason, Vaulair, Merigot de Treigny hanno notato la completa assenza della tosse e ritengono questo fatto di massimo valore diagnostico-differenziale tra ascesso sub-

frenico e pleurite.

La puntura esplorativa da poi i maggiori dati di certezza; l'odore, l'aspetto, la costitusione del liquido che si estrae, la forza e la maniera di venir fuori del liquido, sono molto diversi per certo a seconda che si tratta di ascesso o pleurite. Quando l'ascesso contiene gas (ed è il caso più frequente) si hanno quasi i segni di un pio pneumo-torace, ma in un caso di ascesso manco il vomito e, dippiù, rimase limitato, poichè in alto la sonorità polmonare è normale o un pò diminuita e la respirazione si ascolta sotto la clavicola, talvolta con carattere soffiante.

L'ascesso sotto-diaframmatico si complica frequentemente a pleurite. Secondo il Nowack, la coesistenza di un versamento pleurico sarebbe stata constatata 65 volte su 100 autopsie e nel

50 % darebbe sintomi clinici apprezzabili. Questa pleurite si produce spesso per semplice propagazione ed allora può contenere un liquido di-

verso da quello dello ascesso.

L'irruzione brusca del pus nella pleura (in reguito a rottura) si annunzia con un dolore vivissimo; tale apertura spesso ha esito in morte per cachessia, oppure in morte rapida per sincope. Bisogna però riconoscere che questo accidente è relativamente raro; nel maggior numero dei casi si ha tutto il tempo perchè si stabiliscano aderenze pleurali e se l'ascesso tende ad infiltrare il torace, il pus penetra nel polmone e per questa via si mette in libertà.

Si constatano allora, alla base di quest'organo, i segni di una bronco pneumonite, accompagnati ad emottisi ripetute ed ai sintomi generali della suppurazione; poi l'infermo caccia col vomito un liquido fetido, purulento. Iu seguito a quest'accidente si possono percepire gorgoglii e sin-

tomi cavitarii.

Se la fistola tarda ad obliterarsi è chiaro che

i vomiti si ripeteranno.

Finalmente l'ascesso può aprirsi nel pericardio ed allora soppraggiunge una cianosi genera lizzata, con dispuea estrema, i battiti cardiaci sono impercettibili ed una sonorità anforica maschera la vera aia del cuore (Cèren ville 1885); Brenner ha visto l'ascesso perforare perfino il miocardio ed aprirsi nella cavità ventricolare sinistra.

Qualunque sia la maniera di apertura spontanea di tali ascessi, siccome questa è d'ordinario tardiva, la suppurazione dura a lungo e la morte sopraggiunge per consunzione; però, Hilton-Fagge ha caservato la guarigione di 2 ascessi che si svuotarono l'uno pel colon, lo altro per lo stomaco.

La diagnosi dell'empiema sub frenico può pre-

sentare le più gravi difficoltà.

Prima di tutto devesi determinare la origine evidentemente addominale della malattia, basandosi sul dolore epigastrico e sui fenomeni reattivi da parte del peritoneo; nell'anamn si si rintrace-rà la causa prima di questi dolori; l'esistenza anteriore di ematemesi, di intensi dolori gastr.ci, ricorderà un'ulcera; i sintomi di peritonite generalizzata recidivante, l'appendicite; la persistenza di un dolore a livello della cistifellea con accessi febbrili intermittenti, una infesione antica delle vie biliari, ecc., ecc.

Al contrario non si troveranno le condizioni necessarie per la formazione di un vero empiema; l'integrità dell'apice del polmone opposto, parlerà contro la tubercolosi e tanto meno si può invocare la pneumonite, il trauma, le febbri gravi, il puerperio, cause ordinarie delle pleuriti puru-

lente.

La constatazione d'una tumefazione epigastrica ha una importansa capitale; Murchison da altra parte cita, il caso di un empiema vero, che, per propulsione, fece apparire una salienza allo epigastrio e fu punto come un ascesso addominale.

Con un tumore poco visibile e per nulla estrin-

secantesi allo esterno, la situazione è ancora più imbarazzante e bisogna minutamente calcolare ciascun sintoma.

Sensa riandare sui segni già menzionati, i più utili per la diagnosi di ascesso sub-frenico sono: raccolta formatasi il più spesso senza tosse, senza espettorato; segni idro aerei senza vomito; sproporzione frequente fra la gravezza dello stato generale e la apparente scarsezza della quantità di versamento; la forma di ottusità non subordinata alla disposizione anatomica delle pleure; finalmente lo spostamento in alto della punta del cuore. Non bisogna negligere la puntura esplorativa, ove occorra anche ripetuta.

La n-cessità di una energica cura chirurgica, non è discutibile. L'aspirazione è insufficiente e molto. La sola cura razionale consiste nella incisione larga; si può giungere sul focolaio o per la via addominale (51 ° lo di guarigioni) o per quella transpleurica (52 ° lo di guarigioni).

L'incisione addominale è preferibile ogni qualvolta il tumore epigastrico è evidente e può servire di guida; questa incisione deve talvolta essere seguita da una contro apertura in uno spazio intercostale per assicurare lo svuotamento dell'empiema.

La via transpleurica è quella che sceglie il chirurgo quando l'ascesso sub-frenico è sconosciuto o confuso con un empiema, ma essa può esser presa deliberatamente per svuotare contemporaneamente ascesso ed empiema consecutivo.

L'incisione attraversa i due foglietti della pleura (ora separati da liquido, ora fusi per aderenze) perfora il diaframma e penetra nell'ascesso, ma è quasi indispensabile ricorrere alle resezioni co-

stali multiple.

Quest'atto operativo non è migliore: prima di tutto può causare incidenti spiacevoli (ferite della vena porta, Fraenkele Koerte 1898) e poi, aprendo il focolaio in alto, questa è condizione sfavorevole al suo svuotamento anche non tenendo contro che i prolungamenti multipli non possono essere modificati. In tal modo si rischia d'infettare la pleura se non lo è.

Finalmente questo processo può lasciar passare inosservato un versamento intra-pleurico, se i due foglietti della sierosa sono saldati alla parte loro

più bassa (Gahde).

Lannelongue adopera un processo intermediario; fa una incisione a T con la quale apre una larga breccia alla base della gabbia toracica e mette a luce la faccia convessa del fegato. Questo metodo pormette uno svuotamento più facile del focolaio ed il fognamento più completo dei diverticoli; esso può anche rendere isolata la pleura, quando questa non è invasa dalla suppurazione.

Quindi è preferibile nei casi in cui il chirurgo non crede dover ricorrere alla laparotomia.

Nacciarone

LEZIONI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA (Prof. CAMPA-MA). — MIXEDEMA IDIOPATICO. ULCERA MI-STA DEL GLANDE CON BALANOPOSTITE, ADE-NOPATIE E SIFILODERMA PAPULOSO LENTI-COLARE.

Ripresento loro questa inferma, che forse non sarà riconosciuta da molti di loro. Oggi essa è talmente migliorata, da potersi ritenere quasi guarita nelle parti esterne. La tumefazione edematoide era a tal grado notevole, da non permettere la visione; ed edema piuttosto duro, freddo delle palpebre, che si estendeva alla pelle di quasi tutto il resto della faccia, oggi non esiste più.

Questo stato è paragonato allo stato di neoformasione e degenerazione mixomatosa; e si è parlato quindi, in queste circostanze, di mixedema, Il fenomeno della tumefazione di gran parte del volto e delle palpebre più di tutto è stato corretto dalla asportazione di tratto di pelle a losanga in tutte e due le palpebre del lato destro. in una sola palpebra del lato sinistro, la superiore. L' inferma ha il collo che non presentala più piccola traccia di tiroidi, di una breve esuberanza di tiroidi, come è nel collo della maggioranza: ansi essa ha il collo piccolo piuttosto e quasi depresso nelle direzioni delle due tiroidi. Se si esamina dal lato anatomico, questo stato si trova, che qui, da una parte c'è la presenza del siero più del normale nelle maglie del tessuto, dall'altra la piccolezza dei fasci connettivali che forma questo tessuto. Questo stato dipende da povertà di sangue, o da una malattia speciale. Ove si trattasse che tutto questo fosse la conseguenza di una deficienza nutritiva generale, il fenomeno non dovrebbe circoscriversi quasi al solo volto. Se si trattasse di una debolezza dei vasi sanguigni, o povertà di sangue ecc., ciò por terebbe il ripetersi di questi edemi dove la pelle è più facilmente sfiancabile: articolazione degli arti inferiori.

Questi stati si modificherebbero nelle ore della notte. E' una malattia speciale di nutrizione della pelle dipendente da una causa che mette in moto la propria asione sulla cute del volto più di tutto e prima, poi in altre sedi; ma ammalano i connettivi della cute, non quelli di altri organi. Intanto per rischiarare il nostro giudizio diagnostico ci domandiamo. Si tratta di uno di questi stati speciali di alterasione statico-flogistica della cute che sono compagni a lesioni infiammatorie croniche delle ossa?

L'inferma ha catarro eronico delle fosse masali; potrebbe ciò giustificare l'idea di uno stimolo continuo nella cute e ispessimento: ma in questi casi li edemi avvengono nella cute del naso e ingrossamento delle ossa nasali.

Ci sono stati edematoidi o mixedemi sintomatici. Ma qui non è il caso di parlare di essi, perchè la inferma per tutto il resto è di buona salute.

Se vi è male in lei dopo questo della cute è una deficienza dei poteri mentali, accompagnata da un torpore dei sensi, più di tutto dell'udito: dove escluso un certo grado di catarro delle tube eustachiane non vi è altro.

Un lieve grado di malinconia.

Questo caso è da considerarsi come mixedema idiopatico: malattia descritta dallo C h a r c o t ed illustrata poi da molti sotto questo nome e sotto l'altro di cachessia strumipriva.

L'inferma ha la tiroide deficiente ed un certo grado di cofosi ed uno stato di malinconia, che è migliorato in clinica per il continuo lavoro.

Il mixedema va unito a depressione delle facoltà mentali e patologicamente si individualissa in un gruppo di sintomi anatomici che sono: lo stato mixomatoso della cute, l'assenza od un'alterazione della tiroide; un turbamento del sistema nervoso.

Questo male, come vedono, ha una triade fenomenologica, che lo ravvicina patologicamente al morbo di Addison, in cui tre sintomi anatomici esistono soventi; ipercromia dei comuni tegumenti, alterazioni degli organi emopoietici, alterazione del ganglio nervoso sovrarenale, o di qualche altro tratto del sistema nervoso. La presenza del gozso va in molte circostanze unita al cretini, smo. E questa malattia è stata denominata da parecchi autori edema strumiprivo, cachessia strumipriva volendosi indicare lo stato delle glandule mancanti od alterate. Questa malattia è un fenomeno cutaneo di stati che sono sempre gli stessi. Studiandosi la glandula tiroide, si è detto che essa sarebbe una specie di recervoir da cui emanerebbero prodotti protettori; quando nello organismo entrasse una certa malattia. Se sia questo fatto che mancando la glandula e pene. trando questi materiali essi siano più dannosi, non si sa. Certo che questi individui vivono in regioni ove sono cendizioni che danno queste alterazioni in modo speciale. In quest'inferma ci sono disturbi riferibili al sistema nervoso e altri alla pelle: ed una deficienza della glandula #roide.

Quale è la concatenazione di questi fatti? Stando si fatti sperimentati si dovrebbe dire la mancanza della glandula tiroide porta la mancansa di alcuni principt o protettori o stimolanti e quindi perturbasione del sistema nervoso centrale e quindi la mimica facciale. Si trovano molti mixedematosi in individui che hanno subito la asportazione della glandula tiroide. Ma non si è d'accordo nemmeno per gli esperimenti sugli animali, però sono stati d'accordo nel riconoscere un rapporto col sistema nervoso, e uno stato del sangue, come se fosse avvelenato e nel riconoscere la proprietà di mandare elementi stimolanti o eccitanti o neutralissanti di queste glandule. Questi fatti si ammettono anche per la spiegazione di altri stati morbosi. In alcuno infezioni acute si attribuisce al manento potere secretivo di queste glandule a follicoli chiusi, se in queste malattie acute avviene il peggioramento dell' individuo e la malattia possa compiere il suo corso a danno dell' organismo. Ciò si dica per la glandula tircide, per le capsule surrenali, per i follicoli delle ovaia.

E che questi rapporti esistono si conosce cen la conoscensa di altre malattie con cui giuoca una parte il trofismo dei tessuti; specialmente della pelle. I dermatologi si occupano specialmente del trofismo perche più soventi cade sotto l'osservasione. Nel morbo di Fl'a i a n i si può trovare un trofismo degli occhi, del cuore e della pelle e un disturbo funzionale di questi diversi organi compagno all'alterasione della tiroide.

Il morbo di Addison presenta alterazioni cutanee e si conosce la presensa di alterazioni delle capsule surrenali. Queste malattie presentano sovente anche alterazioni psichiche negli infermi. Modernamente, con la teoria dei neuroni, di cellule nervose che funzionano isolata mente e coordinatamente, non si può stabilire quali sieno i rapporti di questi fatti. Ma se gli organi della psiche sintetizzano tutto e regolano tutto. devono avere una parte nel regolare la nutrizione di una parte. Noi pertanto sappiamo e conosciamo per quante impressioni riceviamo dal mendo esterno e col metterci in relazione con esso. Se ci viene a mancare uno stimolo, in quel punto della intelligenza si ha un oscuramento. In questi casi non abbiamo difetti di composisione: venendo a mancare una delle funzioni psichiche col tempo il neurone che presiede a questa funzione si modifica e si modificano i suoi rapporti con la fibra centripeta come con la fibra centrifuga di questo neurone; ed il rapporto

di esso coi neuroni di ordine superiore vengono a mancare.

Nella terapia di questa inferma noi troviamo l' illustrazione a sufficienza di quello che abbiamo detto; se non si tratta di una pura accidentalità. all'inferma furono somministrati i tabloidi di succo di tiroidi e cura tonico ricostituente. Gli infusi in glicerina da iniettare non sono ben dosabili, per questo non li abbiamo adoperati. Il bagno fresco matutino ha avuto anche la sua parte. Come vedono questa giovane assai deforme per lo passato, ora si è accomodata di molto non solo per opera del migliorato stato delle palpebre; ma perchè è diminuito l'edema del volto; le gote si sono fatte meno sporgenti, più dure, rosec. Ella intende di più, e lavora molto con un sentimento di riconosenza, che non aveva prima, ed il quale nobilita il suo animo.

Ecco un infermo, il quale presenta alterazioni istruttive per i prognostici e per le applicazioni terapeutiche.

Egli ha una vasta ulcerazione del glande, in vicinanza del forame uretrale; con detrito purulento e margini induriti, arressimento della cute del glande nonche alcune altre particolarità, che enunciamo nella unita diagnosi. Ulcerazione o parafimosi infiammatoria ed edematoide: edema flogistico sulla cute dell' asta; (cordone duro, libero, quasi uniforme, che viene a finire al pube in diresione delle glandule linfatiche inguinali di destra, che sono molto tumefatte e con cute arrossita). Inoltre ha erusione fatta da papule e macule, che dispaiono alla pressione; e pustole in corrispondenza allo impianto di peli.

Le glandule linfatiche dalle altre regioni sono anche tumefatte e dure. All' inguine destro esse sono riunite e ciò dipende da un'alterazione non solo, della glandula, ma del tessuto periglandulare e sottocutaneo. La sifilide infetta le glandule, come la malaria, la milsa; ma, quando le glandule sono tumefatte per asione della sifilide non si ha conglomerazione di esse, come nella milsa di una malaria acuta non si ha il reperto di una milsa per malaria cronica.

Quando ciò esiste, significa che un processo, locale viene ad irritare queste glandule, ed il tessuto periglandulare.

Non potendo ricercare lo stato dell'uretra direttamente, studiamo un pò quello che esce da essa.

Questo materiale che è nelle urine, presenta dei prodotti che non possono considerarsi come detrito del ghiande; ma come l'effetto di una essudazione catarrale di una mucosa. Questo prova che, nell'interno dell'uretra, vi è una malattia che porta irritazione delle glandule linfatiche, che sono in rapporto coll'uretra profonda, per cui, si è sviluppata la periadenite. Esposti i fatti anatomo-patologici, facciamo la diagnosi.

Sul ghiande vi è un' ulcerazione Notando la estensione ed i caratteri dell' ulcera, l' unicità della medesima, lo stato delle glandule linfatiche, diciamo che si tratta di un'ulcera sifilitica, su cui si è trapiantata della sepsi, e non si presenta molto indurita appunto per la sepsi. Tra la sepsi e i prodotti delle infiammazioni croniche flogogene, vi è una specie di antagonismo. Non deve far meraviglia se diminuisce la sclerosi, là dove esiste la sepsi. La parafimosi è conseguenza della balanopostite cronica, non primitiva: dove ha concorso l'azione meccanica del dislocamento del prepuzio, tumido per questa balanopostite, e divenuto più tumido pel dislogamento parafimotico.

Il persistere della balanopostite vuol dire che vi è una causa di contagio nascosto permanente, che la sostiene. Ciò ci fa desumere che l' infermo abbia anche l' uretrite cronica, come proveremo poi coi fatti obiettivi.

Il cordone che si sente sul dorso dell'asta è un vaso sanguigno ingorgato ed indurito. E'una flebite od una endo-arterite, che può essere data da una infezione flogogena qualunque, ma la dà più specialmente la sifilide.

Le glandule linfatiche sono enormemente tumefatte, cosi pure è indurito il tessuto periglandulare. Per avvenire tutto questo, a quel grado. non sarebbe bastata la sepsi comune delle parti esterne del pene; ma vi è uopo ammettere che vi sieno concorse altre cause, che qui sono la sifilide e la infiammazione cronica settica enduretrale. La uretrite cronica della parte membranosa, è cagione di un continuo stimolo, che va direttamente da questa parte nelle glandule linfatiche. L' uretrite cronica, goccia militare, in genere si ferma all' uretra membranosa, la quale parte dell'uretra ed è in continuazione coi connettivi che sono in diretto rapporto con le glandule profonde degli inguini. In questo tratto di uretra non vi è tessuto cavernoso, che fa da isolatore. L'uretra cavernosa è isolata tutt' attorno da un tubo di liquido sanguigno, che difende le parti circostanti dalle infezioni. L'uretra membranosa ne è sprovvista, essa è in relazione più diretta perciò con le glandule inguinali.

Nella porsione auteriore dell'uretra membranosa si depositano i materiali purulenti dell'uretrite; e, le glandole linfatiche, essendo già offese
per la sifilide, se vi è un'irritazione d'altra natura che viene nell' uretra, si irritano anche
i connettivi periglandularii. Le glandole linfatiche, come nei s'filitici, così in individui tabercolitici, sono suscettibilissime agli stimoli esterni. La periadenite iperplastica può accompagnarsi alla poliadenite, o periadenite settica, a
piccoli focolai.

L'eruzione della pelle che ha questo infermo è in massima parte papulosa lenticolare, Sifloderes papuloso lenticolare. Uno scarso acne sifilitico di recente sviluppo. Panadenopatie iperplastiche di natura sifilitica. Poliadenite iperplastica e settica inguinale: uretrite cronica profonda (della porzione membranosa).

Riferisco (ra brevemente quel che riguarda lo stato dell'uretra: Dal forame uretrale non sgorga essudato evidente: le labbra uretrali so no un pò rosee e superficialmente erose dell'epitelio. Facendo urinare l'infermo, col solito metodo, in tre recipienti distinti, si vede che nella sola prima urina si trovano dei fiocchetti di essudato, che, esaminati al microscopio, risultano di muco-pus. Pronostico. Le manifestazioni presenti della sifilide dureranno da 4 a 5 mesi. Le manifestazioni della infezione sifilitica dureranno due o tre anni, come si vede ordinariamente. I sifilodermi sotto la cura scompariranno, ma ritorneranno se si omette la cura.

La balanopostite guarirà, ma la sclerosi, l'endoarterite e l'edema, non si risolverà subito, e non finchè si sarà ristabilita la circolazione con altri vasi neoformati. Ci vorranno quindi 4 0 5 mesi perchè scompaia l'edema.

La sepsi dell'u'cera non scomparira subito: giacchè è molto difficile la cura della sepsi che viene dall'uretra: bisognera non cominciare con antisettici forti.

Per l'uretrite si inietterà per ora con un schizzetto dell'acqua (100) glicerina (20) acido fenico (0,20) e jodoformio (40). Passato il periodo della uretrite settica anteriore, si farà la lavarda vescicale con 1/2 litro di soluzione borica focendo urinare l'inferme immediatamente dopo di aver introdotto il liquido in vesc.ca. Poi si metterà solfato di sinco (10,25°[o]) o iodoformio o qualche soluzione astringente nella porzione membranosa.

Le ghiandole linfatiche finche dura la sepsi non diminuiranno di volume. Si potranno però medicare con acqua vegeto-minerale, con fasciatura compressiva. I preparati mercuriali faranno diminuire le panadenopatie.

Se caso mai si avesse qualche punto di suppurazione, non si ricorrerà alla chirurgia; poichè le ferite in sifilitici si chiudono difficilmente se si dovrà ricorrere a cura chirurgica, l'enucleazione deve essere fatta per tutte le glandule tumide della regione giacche, sarebbe facile lasciare una irritazione settica con qualche glandula non anucleate.

Finisco col ricordare ciò che ho detto a principio che: è un caso molto istruttivo, non per la diagnosi, ma per la rarità dell'ulcera mista (cosidetta) causata, secondo gli autori, da sifilide e da cause veneree, ulcera semplice contagiosa con indurimento della base, ulcera che prende i caratteri sia dell'ulcera venerea che dell'ulcera sifilitica ad un tempo.

L'ulcera mista, essendo una manifestazione di due processi, deve dare le conseguenze dei due processi venereo e sifilitico; ma qui delle forme di morbi venerei non vi è solo l'ulcera molle e la sifilide; ma vi è anche la blenorragia, che è causa remota dell'ulcera. Tutto ciò si comprende facilmente con gli studii di patologia della sepsi.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società clinica di Londra. - Gastroenterostomia. - Epicrisi lontana di due casi di tumore maligno estirpati dal grosso iutestino. - Fame vorace e sete dopo trauma o malattia del cervello.-Due casi di febbre tifoidea sensa lesione intestinale.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA

Tornata del 12 febbraio 1897. (Presid. BUZZARD)

Castroenterestemia. Lane riferisce due casi in cui esegul la operazione per carcinoma del piloro e si servi del bottone di Murphy, che corrispose perfettamente allo scopo. In uno dei casi si ebbe la morte dopo 19 giorni dall'operazione per volvulo; nell'altro la guarigione finora persiste già da due anni. L'oratore vanta la gastroenterostomia come un mezzo palliativo nei casi in cui le condizioni del pasiente non permettono la pilorectomia.

Bidwell dice di preferire la semplice sutura al bottone di Murphy.

Epicrisi iontana di due casi di tumore maligno estirpato dai gresso intestino. W. Edmond comunica il reperto necroscopico di due casi operati da lui nel 1898 siccome riferi a suo tempo alla Società. In uno dei casi la morte è avvenuta per altra causa dopo 5 anni e 10 mesi dell'operazione e si

secondo caso la morte è sopraggiunta dopo tre anni e mesi per riproduzione neoplastica si polmeni.

Fame varace e sete dono trauma o maiattia del servelle. S. Paget ha riunito 14 casi che dimostrano l'esistenza di peculiari centri della fame e della sete, probabilmente posti nell'estremità anteriore del lobo temporo-sfenoidale in vicinansa del girus uncinatus. Otto dei 14 pasienti ebbero fame vorace pei cibi solidi, senza molta sete; 8 soffrirono sete e fame e gli altri 8 intensa sete senza fame. In niuno di essi il trauma o la malattia era letale, il che dimostra che i centri suddetti non potevano essere poeti in vicinanza di centri vitali.

Tre di essi ebbero spiccata afasia ed è probabile che i centri in parola stiano inclusi nei centri del linguaggio e in connessione coi centri olfattivi. Osi la fame come la sete, in tutti i casi riferiti non poteva attribuirsi al naturale appetito dei convalescenti, nè a disordini mentali o a diabete traumatico. Riguardo alla cura, niun danno è risultato in tutt' i casi dal lasciare che i pazienti sod lisfacessero liberamente al bisogno di mangiare o di bere, bisogno che dopo alcuni mesi o alcune settimane andò estinguendosi naturalmente da se.

Walle e Smith riferiscono altri casi del genere e si apre una lunga discussione che mette in luce l'importanza della comunicazione.

Paget, rispondendo, dice che dalla discussione risultano altri tre casi da aggiungersi ai quattordici da lui riferiti. In questi tre casi si trattava di ascesso del lobo temporo-sfenoidale. Sebbene nei suoi casi il trauma colpisse varie parti della testa, pure evidentemente la parte più colpita fu la regione del lobo temporo-sfenoidale. Incltre, in alcuni casi si ebbe afasia, il che dimostrava una lesione localizzata, più che una commozione generale del cervello.

Due casi di febbre tifoidea senza lesiene intestimale. Goodall riferisce due casi (osservati alcuni anni or sono) di febbre tifoides, in cui all'autopsia non si trovarono nell'intestino le solite note della malattia. Infatti nel primo caso le piastre di Payer si mostrarono solo alquanto colorate in grigio-lavagna, ma non propriamente uicerate, e mancava il tumore di milza. Nel secondo le piastre di Peyer si mostrarono ingrossate, ma per nulla ulcerate. Il primo infermo morì al 84º giorno di malattia ed il secondo al 15°; l'oratore ricordache Fagge, S. Phillips, Goodart, Moore, Chantemesse, hanno riferito casi simili.

S. Phillips dice di avere nel 1891 comunicato invero due casi del genere, ai quali oggi può aggiungerne un alcro, mentre altri due casi sono stati riferiti in Dublino.

Benham ne riferisce altri casi.

🕇 Goodall, rispondendo, osserva che la febbre tifoidea varia da anno ad anno e da epoca ad epoca. Finora egli ha pensato che i casi senza ulcerazione fossero rari, ma oggi suppone che i casi lievi non presentano ulcerazioni e possono guarire in è rinvenuto l'intestino atrofissato e ristretto. Nel luna quindicina di giorni; ma è impossibile il dare

la dimostrazione di ciò, poichè essi quasi tutti guariscono. I casi maligni per converso hanno esito letale entro una settimana e non vi è tempo per la formazione dell'ulcerazione. Nei casi con ricaduta, l'ulcera primitiva, possibilmente di tifoidea lieve, può essersi guarita e la nuova della forma maligna non essersi prodotta. La roscola poi non è in alcuna relezione con la esistenza delle ulcerazioni intestinali.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica dell'ospedale Trousseau (Dottor Richardiere);

Su due casi di pemfige acute

I casi di pemfigo acuto dell'adulto sono molto rari ad osservarsi ed, avendo io avuto l'occasione di osservarne, in breve tempo, due casi all'ospedale Cochin, credo utile il riportarli. Analoghi in tutto (tranne per le localizzazioni mucose) per quel che riguarda i caratteri della eruzione, essi differirono pei sintomi generali, poiche l'uno assunse la forma grave, l'altro la benigna; pertanto guarirono tutti e due. In tutti i due casi la malattia s' iniziò bruscamente. Nel primo infermo l'erusione fu preceduta da violenti doietti agli arti, nell'altro si stabili insidiosamente senza esser preceduta da alcun sintoma. In tutti e due l'eruzione fu spiccatamente simmetrica e quindi riusciva difficile non ammettere che essa fosse regolata, nella sua distribuzione, dal sistema ner-**V05**0.

Il primo infermo pare non ebbe che solo una eruzione; il secondo invece ne ebbe molte, ma andarono sempre più diventando meno abbondanti dal momento che l'infermo, ricoverato in nosocomio, fu convenientemente curato; in quest' ultimo non si ebbero localizzazioni sulle mucose, ma nel primo infermo la mucosa boccale era ricoperta da un essudato consecutivo all'eruzione, della quale fu impossibile vedere le prime manifestazioni.

In questo 1º infermo si notò un accentuato risentimento ganglionare, generalizzato a quasi tutti i gangli linfatici; si aveva una vera micre-peliadenia.

L'erusione in entrambi scomparve senza lasciare tracce ulcerative cicatriziali o pigmentarie. Il 1º ammalato a livello delle dita, ove l'erusione fu abbondantissima, ebbe desquamazione a larghi lembi. I risultati dell'autoinocule sione agli stessi infermi del liquido contenuto nelle bolle furono negativi. L'etiologia lel penfigo a-

cuto degli adulti è tuttora osporissima: i fine casi che io ho osservato non differiscono molto da quelli finora osservati. Le cause anche qui rimasero ignote; non contagio, non affaticamento, ne il raffreddamento potevano essere incriminati. Uno degli infermi era manifestamente alcoolista ma l'altro non lo era punto. Uno degli ammalati era stato colpito due mesi addietro da retimatismo articolare acuto. E' questa una semplice coincidensa, o bisogna intravedere un rapporto di causa ad effetto? Molti autori hanno in fatti netato che il pemfigo segui subito dopo od accompagnò una malattia infettiva; ora, basandosi sopra tali osservazioni, si può ammettere che le melattie microbiche predispengano allo sviluppo di questa dermatosi ed accettare la opinione di Hen o ch, che vorrebbe fare del pemfigo, non una malattia a sè ma una manifestazione che può prodursi sotto l'influenza della presenza di ptomaine di diverso ordine nell' organismo umano?

Un punto sul quale io credo insistere, è la benignità della malattia nei 2 casi. Il primo infermo pareva gravemente colpito; all'abbondante eruzione si associava febbre viva, adimamia. La deglutizione ed anche la respirazione erano di sturbate molto da un'abbondante eruzione bollosa sulla mucosa boccale. Malgrado questi sintoni allarmanti, sotto l'influenza d'una cura antisettica, lo stato generale e locale migliorarono rapidamente; in capo a tre o quattro giorni ogni pericolo era evitato e, dopo 7, la malattia poteva eoneiderarsi svanita.

Non è tale il decorso ordinario dei pemigo acuto generalizzato dell'adulto e molti sono gli a stori che lo considerano come una malattia grave, quasi sempre nefasta. Tra i pochi casi pubblicati in quest'ultimi anni, si vede in fatti che Siebenmann notò la morte per pneumonite, Immermann quella per picemia complicante un'escara, Ble ibtre u diarrea incoercibile per lesioni gravi dello intestino. Se si giudica da questi fatti, la morte è quasi sempre conseguenza di suppurazione o d'infezione secondaria. Quindi risulta che la cura antisettica deve essere rigorosa.

Questa cura fu esaguita nei nostri 2 infermi ed io penso che ad essa si deve attribuire Passenza di qualsiasi complicanza e la rapida guarigione.

OSSERVAZIONE I. — Uomo di 88 anni, custode, non alcoolista, forse sifilitico. A 14 anni ebbe tiso. Quattro mesi addietro presentò nella bocca, ulcerazioni dolorosissime che durarono 15 giorni e

cedettero ai gargarismi. Un medico fece diagnosi di angina ulcerata (?). L'attuale malattia s'iniziò da 5 giorni con vescico-pustole alle gambe ed alle mani; indi la eruzione si estese a tutto il corpo. L'infermo dice che precedettero forti dolori in tutti e 4 gli arti, a forma lancinante, durati 24 ore soltanto.

Non febbre, nè fatti generali al principio della malattia. Al suo entrare in Clinica l'infermo presenta un' erusione bollosa ai 4 arti, particolarmente sull'avambraccio, alle mani ed alle gambe. Queste bolle sono disposte quasi simmetricamente; sono numerosissime e piccolissime sulle dita ove se ne contano una quindicina per ciascun dito.

A prima vista si potrebbe dire che l'infermo è affetto da un'erusione valuoloss. Tronco e dorso integri. Poche bolle a livello del collo e della cintura scapulo-omerale; 8 o 4 sulla cute che ricopre il gran pettorale. In questi diversi punti il diametro delle bolle è netevole; alcune danno la circonferenza della moneta di 1 franco. Nessuna bolla è ombelicata. L'erusione non è pruriginosa; è abbondantissima sulla mucosa boccale, Sulle labbra si manifesta con un gonfiere generale con desquamazione dello epitelio e superficie ulcerate, sanguinanti. La faccia interna delle gote, il velo pendulo, i pilastri anteriori, sono ricoperti da un essudato giallo-verdastro formato da pus concreto; quest'essudato è molto aderente, esso ricopre le parti rosso - vive della mucosa e quelle sanguinanti.

Come altre localissasioni mucose, si nota la presenza di 8 o 4 piccole bolle sulla mucosa del ghiande. I ganglii linfatici sottomascellari sono dolenti e molto ingorgati senza infiltramento del cellulare finitimo; lo stesso dicasi per le glandule ascellari, inguinali, sottoccipitali.

Come sintomi generali, l'infermo dice di avere avuto alcuni brividi al principio della malattia. Attualmente la temperatura tocca i 86°; l'infermo ha insonnia; lo stato della sua bocca gli impedisce di bere e quasi quasi anche di parlare.

Stato generale pessimo; colorito plumbeo; non meteorismo, non diarrea, non albuminuria; milsa normale.

La cura fu fatta nel seguente modo: Inviluppo ovattato degli arti la cui pelle fu previamente cosparsa di acido borico; gargarismi e collutorii con acqua salicilica; solfato di chinina per bocca. Il 21 decembre l'infermo dormi un poco, la temperatura fu più bassa, la gola più libera; l'essudato incomigació a distaccarsi a zolle; la macosa

boccale si deterge anch'essa. Nei punti ove l'essudato si distaccò la mucosa aveva l'aspetto rosso-cupo e sanguinante. Stato generale migliore.

Il 22 la maggior parte delle bolle erano afficsciate. La febbre è caduta, si sospende la somministrazione della chinina. Le bolle coperte dalla medicatura sono raggrinzate, quasi scomparse, senza traccia di crosta o di ulcerazione.

Le labbra sono ancora coperte da croste sanguinanti; la mucosa boccale è rossa, di aspetto verniciato; quà e là presenta un essudato verdastro pseudo-membranoso, meno spesso e meno esteso. Non si è sviluppata altra bolla. Dal 26 al 31 decembre, miglioria dello state locale e generale; la febbre più non è ricomparsa. Il 31 la bocca è completamente netta; non più essudato purulento; solo qua e là un pò di essudato poltaceo gialiastro; la mucosa ha l'aspetto suo normale.

Sul corpo, le bolle sono scomparse e la guarigione degli elementi eruttivi è quasi generale; solo poche croste alle pliche inguinali; tutte le altre bolle, scomparse sensa traccia di crosta o di ulcerazione. Sulle dita, ove le bolle furono numerosissime e vicinissime, la cute si desquamò in larghi lembi. Stato generale buono; l'infermo lascia lo spedale completamente guarito.

L'esame batteriologico (fatto con le culture e l'iniezione in animali da esperimento mercè il liquido contenuto nelle bolle ed estratto aset.icamente ed anche mercè il sangue ricavato dalla vena alla piega del braccio) non fece notare altro microrganismo che lo stafilococco albo.

OSSERVAZIONE II. — Giovane cantiniere, diciannovenne, entrato il 21 novembre '96 al Cochin, uscito il 4 decembre. Due mesi addietro fu colpito da reumatismo acuto polianticolare, del quale fu guarito in 12 giorni alla Pitié. Vecchio e bravo bevitore, è accolto in nosocomio per un'erusione generalissata, il cui inizio risale a 8 settimane. Questa eruzione apparve subdolamente senza essere associata a fatti generali; incominciata all'avambraccio, ben presto guadagnò le braccia e le ascelle e poi gli inguini e gli arti inferiori; al momento dell'entrata in clinica, essa era sopra tutto abbondante a livello delle pieghe delle articolazioni, ma poi era estesa a tutto il corpo; scarsissima al volto, l'eruzione mancava completamente sulle mucose visibili. L' eruzione è costituita da bolle, ulcerazioni superficiali e croste rosso-nerastre poco spesse. Le bolle sono caratteristiche. Esse sono formate la un

sollevamento circolare dell'epidermide e riempite da un liquido citrino. La grandezza delle bolie è variabile.

Queste bolle sono manifestamente elementi eruttivi iniziali; da esse vennero le ul cerazioni e
le croste. In fatti durante la sua degenza in clinica si è veduto che si tratta d'una erusione
uniforme, le cui sole vestigia assumono forme
differenti. Quando l'infermo entrò in ospedale,
l'erusione era ancora in via di evoluzione e per
parecchi giorni si potette assistere allo sviluppo
di nuove bolle.

Lo stato generale si manteneva buono; non febbre, ne sintomi indicanti ad una complicazione viscerale. Il liquido di parecchie bolle di recente formazione, inoculato ed in colture, non diede altro che culture di streptococco albo. La cura istituita fu puramente locale; sulle croste, applicazione di garza begnata in una soluzione boricata forte; sulle ulcerazioni, glicerina salicilica; sulle bolle, polvere d'amido e di ossido di zinco.

La miglioria fu rapida; in capo a 5-6 giorni non apparvero più bollo. Gli elementi eruttivi cicatrizzarono rapidamente ed in capo a 12 giorni l'infermo abbandonò l'ospedale completamente guarito. Non rimasero che macchie un po' pigmentate in corrispondensa delle u time eruzioni. La maggior parte delle lesioni cutanee guarirono senza lasciar traccia, neppure pigmentaria (Le Bulletin medical, 28 febbraio 1897).

Nacciarone

NOTE DI PRATICA MEDICA

i disordini nerveel periferial consecutivi all'infezione pneumonica.

Nota Clinica

del dottor Giuseppe Laurenti

Già ab antiquo non erano sfuggita alla sagace osservazione dei nostri padri le speciali alterazioni che parecchie malattie acute febbrili, proiettano sul sistema nervoso, tanto che anche Ippo crate, sul riguardo della polmonite sentenziava: « in peripneumonis, delirium, malum ».

Da quelle remote epoche, venendo sino alla prima metà del nostro secolo, possiamo convincerci che i vari osservatori, salvo trascurabili sinonimie, si occupano di proposito degli accidenti nervosi complicanti il processo pneumonico.

Cost R illiet, Barthez, Gerhard, (1840) che scrissero pregevoli lavori sulla polmonite dei bambini, parlano di una « pneumonite cere-

brale » e nell' opera di Grisolle (1852) leggiamo: «Comune nel nostro clima è la forma di polmonite detta tifoide, atassica, maligna, caratterizzata dall'insieme dei gravi sintomi generali che si osservano nelle febbri tifoidee, o pure da sintomi atassici, quale delirio, convulsioni, sussulti e contratture (pneumonite atassica); e poco appresso aggiunge: tali sintomi non hanno verun rapporto costante con la estensione della flogosi (1).

Dopo quest'epoca, avvenuta in un periodo di poco più che un decennio, quella meravigliosa traesformazione nello indirizzo delle mediche discipline, specialmente per opera del Virchow in Germania il quale insegnò ad adattare la patologia generale alla rinnovellata fisiologia nella spiegazione dei fatti patologici, e a dedurne i sintomi quali necessarie conseguenze del processo morboso, furono radiate dalla nuova patologia molte malattie che (elevate dapprima quasi a forme essenziali od entità morboso) presero di poi il posto di semplici sindromi fenomenologiche.

Egli è per questo, che consultando, a mo' d'esempio, il Nieme y er (1858), non troviamo punto consacrato un capitolo a parte per la trattazione della polmonite tifoide, atassica o nervosa, ma solo fra i varii sintomi e il decorso della malattia, vediamo fatto mensione di una modalità « astenico-nervosa ».

Entrando finalmente nel campo della odierna patologia, è a tutti noto che in molteplici infezioni acute e croniche, il prodotto del ricambio materiale degli agenti specifici, ossia le tossine microbiche, inducono delle singolari jatture sul sistema nervoso centrale e periferico.

Tale è il caso delle paralisi difteriche, di quelle consecutive al tifo e delle gravissime lesioni spinali postume alla influenza, di cui io, in una brevencta (che ebbi l'onore di veder pubblicata in que sto stesso giornale) descrissi non ha guari un

caso (2).

Il Cornil, fra i moderni, parla di «encef lopatie pneumoniche », sotto il qual titolo, u pò ambiguo invere, debbonsi comprendere tanta le così dette «paralisi pneumoniche» forme morbose già osservate fin dai tempi d'Ippo cratuelle affezioni toraciche, quanto quelle forme de polmoniti larvate, studiate specialmente da Charicot e Vulpian nei vecchi, nelle quali i sintomi polmonali sono mascherati da fenomeni cerebrali, coma, emiplegia, ecc., senza che l'autopsia facesse rilevare lesione anatomo-patologica di sorta a carico del sistema nervoso centrale o delle meningi.

Fatta pertanto questa rapidissima rassegna sulla nosografia della polmonite, la quale, per quanto scarsa, è tuttavis, a mio credere, più che sufficiente per dimostrare che i concomitanti fenomeni nervosi costituiscono un fatto di ovvia

A. Grisolle. — Trattato pratico di Patologia speciale medica, tradus. del dott. C. Brugnoli, Tomo le, pag, 288, Bologna, 1852.
 V. « Riforma Medica », n. 84, febbraio 1894.

ed antica osservazione, il mio caso non potrebbe al certo aspirare ad alcun titolo di novità o di interesse, se le alterazioni a carico della innervazione periferica si fossero avverate nello stato di acme della malattia, e non ad inoltrata convalescenza, come io potei constatare.

Anche con cic non voglio del resto asseverare che il mio caso sia assolutam n'e peregrino, giacchè la letteratura riporta casi di « afasia pneumonica » dopo la defervescenza della malattia, ed altri nei quali, sempre nel detto stadio, si notarono intorpidimento, formicolio, e disordini termo-estesioi, quali sensazioni di freddo e di caldo. limitati alla metà della faccia o pure ad un arto.

Scopo pertanto di questa mia nota è unicamente quello di portare un tenue contributo allo studio di un epifenomeno morboso di non molto frequente osservazione.

M., Giovanni, di anni 45, contadino, ammogliato con prole, durante la notte del 27 novembre ultimo scorso, vien colto da intenso brivido che, dopo 4 ore, si risolve con discreto sudore.

Al mattino, sembrandogli di star meglio e, per la sua vita rude, abituato com'agli si esprime, a non dare ascolto ai piccoli incomodi, si leva e, come di consueto, si dispone al disbrigo delle ordinarie faccende; ma colto poco appresso da nuovo brivido, è costretto a rimettersi a letto.

Recatomi il giorno appresso a visitarlo, trovo un individuo di costituzione piuttosto gracile, in letto, in decubito dorsale, dallo aspetto sofferente, rossi i pomelli, erpete labiale, respirazione frequente, 98 pulsazioni, temperatura 89°.

Il sensorio è perfettamente libero e il pasiente si lamenta sopratutto di intensa cefalea a destra, e di un dolore vivissimo, ben delimitabile, sotto ed un pò all'infuori della mammella destra.

La tosse e l'espettorazione mancano quasi totalmente.

Alla percussione del torace, ottengo in tutto l'àmbito polmonare, suono pieno e normale; alla ascoltazione, dopo parecchie prove infruttuose, mi è dato sorprendere la presenza di rantoli crepitanti, caratteristici.

Persuasomi per tal modo della presenza di un focolejo di polmonite centrale, prescrivo internamente un forte infuso di digitale, e sul punto dolente, come palliativo, faccio applicare sei sanguisughe.

Dopo 2 giorni (5º della malattia) l'infermo tossisce energicamente ed emette in abbondanza gli sputi caratteristici.

Al mattino dell'80 giorno, con temperatura di 87°,4, trovo l'infermo molto debole, ma sollevato e di buon umore; perdura tuttavia la tosse, ma l'escreato, pur viscido e tenace, ha perduto completamente il primiero aspetto ematico.

L'individuo aveva insomma superato con buon esito la sua polmonite e si poteva già dichiarare convalescente, se la intena cefalsigia temporo-frontale destra, già comparsa all' inizio della malattia, non avesse seguitato fino a questo punto a molestarlo, accompagnandosi esiandio con spic-

cata ripugnansa per i cibi, sete intensa e lingua saburrale.

Poso a poso anche questi fatti scompajono e il paziente lascia, per qualche ora del giorno, il latto.

Senonchè, dopo due o tre giorni, egli sollecita una nuova mia visita, nel timore che una paralisi, secondo lui, sia sopravvenuta alla sofferta malattia.

Egli sente infatti intorpidita tutta la metà destra del corpo, tanto da avvertire ben poco le punzecchiature fatte con uno spilio sulla gamba, e lo stropicciamento praticato con le mani, al disopra delle vesti, sulla coscia e sull'arto superiore dello stesso lato.

Sulla gamba, la parte più ammortizzata, e che maggiormente preccupa il paziente, non si avvertono nè edemi, nè alterazione di colorito o di temperatura in confronto dell'altra.

Il riflesso rotuleo è conservato e normale.

Io non potei, per difetto di ambiente e di comodo, saggiare, oltre la sensibilità dolorifica, anche la tattile, la termica, e molto meno valermi
del compasso di Weber per il primo scopo e
del complicato termoestesiometro di Eulen burg
per il secondo; ma, ad ogni modo, anche la sola
anestesia da me ben controllata, tanto per il
modo speciale di distribusione, quanto per il rapporto, abbastanza strano, con la pregressa polmonite, era di per sè sufficiente ad interessarmi,
e ad invogliarmi a studiare il caso.

A tal uopo debbo pertanto aggiungere, prima di por termine a questa succinta esposizione di fatti, che l'emianestesia scomparve nel termine di una settimana.

La prima domanda, adunque, che io mi rivolsi, fu: se il fatto che l'anestesia aveva assunto una localizzazione quasi perfettamente emilaterale, mi desse il diritto di ritenere che la causa morbosa avesse passionato, temporaneamente, determinate località del sistema nervoso centrale.

A questo proposito lo Strümpell dice:

Dobbismo ricordare che talvolta si osservano
sul fine di alcune malattie infettive acute (tifo,
difteria, etc.), anestesie più o meno diffasa, la
cui origine non è stata ancora del tutto deter
minata, cioè non si sa se è periferica o centrale
e Fournier, nel periodo secondario della sifilide, ha osservato anestesie speciali, in forma
di isole, che si presentano sopra tutto sul dorso
delle mani e sulle mammelle.

L'asserzione del Pournier non è stata per altro fino ad ora confermata (1) ».

Comuque sia, questi autori non parlamo punto di un'arestesia localizzata più o meno perfettamente ad una metà del corpo.

Questa potrebbe soltanto esser data o da una lesione del terzo posteriore del segmento posteriore della capsula interna o pure di una delle vie sensitive, nei cordoni posteriori, a livello della porzione cervicale del midollo spinale.

Nella prima ipotesi, anche volendo non calca-

⁽I) V. A. Ström pell, « Tratt. di Pat. speciale medica ». Vol. II, parte I, pag. 12.

lare che quasi sempre tal lesione avviene per emorragie, per focolai di rammollimento o per tumori, io avrei dovuto notare, oltre all'emianestesia, una corrispondente diminuzione dell'olfatto,
del gusto, dell'udito, ed emiopia, perchè è noto
che nella detta estremità posteriore della capeula
interna, mettono capo non solo le fibre sensitive
per la pelle, ma anche fibre per gli altri organi
dei sensi.

Nella seconda ipotesi, volendo cioè ammettere che i fatti osservati si dovessero assrivere ad una lasione spinale, per quanto mi è dato sapere, nella letteratura medica non fu ancora descritto alcun caso nel quale in seguito a malattia intettiva acuta, l'agente merbigeno o le sue tossine abbiano secondariamente portato i loro effetti deleterii così esattamente sulle vie sensitive di un sol lato, da risultarne il quadro di una pura emianestesia spinale, mentre anche nel caso di neoformazioni o di compressione, ove tal fatto sarebbe di più facile comprensione, l'anestesia è quasi sempre bilaterale (parastesia).

Eliminate per tal modo queste due prime maniere di spiegazione, un terzo ed ultimo quesito mi rimaneva da risolvere; se mi trovassi cioè in presenza, senza aver d'uopo di tanto sofisticare, di una pura e semplice manifestazione

isterica.

2

Anche su questo riguardo potrò esser brevissimo, dicendo che nel mio soggetto mancava completamente ogni stimmate presente e remota di tale nevrosi.

Cosicché, riepilogando, io fui indotto a ritenere che gli speciali disordini della sens bilità da me osservati, fossero di origine indubbiamente periferica e che tanto l'aver assunto una localizzazione quasi perfettemente emilaterale, [quanto l'essere l'emianestesia omonima al lato del polmone affetto, fosse una mera combinazione.

Tale la diagnosi di sede.

La diagnosi di natura mi fu anche più facile, almeno nel concetto generico, sapendo che oggi è quasi sicuramente dimostrato che un gruppo di così dette nevriti primarie (quali le paralisi reumatiche e certe forme di nevralgie, come la sciatica, la intercostale, ecc.), trovano la loro spiegazione nell' influenza di agenti iniettivi, e che unicamente alle tossine microbiche sono dovuti i disturbi di senso e di moto che spesso occorrono nella convalescenza inoltrata della difterite, del tifo, della influenza ecc., cui io, dopo quanto esposi, mi credo autorizzato di aggiungere eziandio la polmonite.

Io mi terrò pertanto ben soddisfatto se il mio caso varrà, anche in minime proporzioni, a portare una piccola pietra al grande edifizio della moderna osservazione clinica. FORMULARIO

Contro le vegetazioni vulvari

Polvere di sabina
Allume usto

Sublimato corrosivo

Da applicarne q: b. mattina e sera.

Polvere di sabina Jodoformio finam. polv. Acido salicilico polv.

Da usare come la polvere precedente.

Formule dell'itrele ed actole (V. R.f. M., c. a., p. 570).

Itrolo gram. 1
Acqua distillata e sterilizz. > 1500
då in bottiglia nera.

Per iniesioni uretrale nella gonorrea acuta, o per iniesioni endouterine nell' endometrite puerperale.

Actolo gram. 1
Acqua distillata > 50
da in bottiglia nera.

Una oucchiajata da caffe in un bicchiere di acqua per gargarismo antisettico.

> Actolo gram. 1 Acqua sterilizzata > 1000

dà in bottiglia nera.

Par lavanda antisettica di piaghe.

Ancora della oura dei singhiozzo

Il dott. Geronsi, nostro abbonato, a proposito dei rimedii contro il singhiosso, riportati nella « Riforma med. a. c., n. 84 » ci fa sapere di avere sperimentato con ottimo successo il metodo Leloir, cioé la compressione con l'estremità delle dita riunite distro la clavicola per circa un minuto, compressione che si esercita sul n. frenico e che ha un effetto istantaneo.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC:ARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Frontino (Urbino). Condotta a cura piena. Stipendio lire 1200.

Scadenza 80 marzo.

Montiano (Forli). Condotta a cura piena Stipendio lire 2200 e casa di abitazione gratuita.

Scadenza 20 marzo.

Rotella. (Ascoli Piceno). Condotta farmaceutica. Oltre gli utili che potrà dare al farmacista una popolazione di 8000 abitanti, il Comune, a titolo di assegno, gli concede l'annua somma di lire 600, pagabili in dodicesimi posticipati. Scadensa 14 marso. Nomina triennale.

I signori abbonati che hanno ricevuto la nestra circelare e non ancera hanno adempito a quanto in essa ei chiedeva, le facciame poto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dopo tale termine spedireme il ricevo gravato dello spese occorrenti.

Scamario.— 1. Riviste sintetiche. Il morbo di Addison e l'organoterapia.—2. Lavori originali. Ospedale civile di Fontanellato (Parma). Un caso di peritonite tubercolare curato e guarito mediante la lavatura apneumatica del peritoneo secondo il metodo Riva pel dott. Ugo Gabbi.—8. Rivista di Clinica.—Clinica chirurgica dell'ospedale Cochin (dottor Schwarts) Ernia peritoneo-vaginale; cura radicale.—4. Note di terapia.—5. Tossicologia.—6. Ossuistica clinica.—7. Bimedii nuovi.—8. Il medico pratico.—9. Formulario.—10. Varietà.

RIVISTE SINTETICHE

li morbe di Addisen e l'Organo-terapia (F. So hilling)

L'anatomia, la fisiologia e la patologia della capsula surrenale non sono ancora molto ben chiarite. Essendo scarse le nostre nozioni circa le condizioni anatomiche e fisiologiche della medesima, come è mai possibile una esatta nosione dei rispettivi processi patologici? Il Lusckha riguarda la capsula remale come un organo puramente nervoso, laddove il Kölliker credette di avere scoverto che una parte de essa possiede le proprietà di glandule. Egli opina che la sostanza corticale sia un equivalente delle cosidette glandule vascolari sanguigue, ed attribuiva ad essa un rapporto con la secrezione; invese, la sostanza midollare, per la straordinaria ricchessa di nervi, egli la riguardò come un apparecchio pertinente al sistema nervoso.

. Il Klebs, invece, crede alla natura glandulare della capsula surrenale, nella quale egli non avrebbe trovato una quantità di nervi, superiore a quella esistente nel rene e nel fegato.

Per contro, Henle, Brunn, Brunn, Hyrtled altri, riguardano quest'organo come straogdinariamente ricco di nervi, a cui parteciperebbero il simpatico, il vago, il frenico, lo splaucnico ed il ganglio celiaco. Dal rapporto delle cellule rispetto ai vasi sanguigni, essi hanno desunto, che le cellule attingono dal sangue qualche elemento, lo modificano in un qualche modo e lo ridonano poi al sangue.

Secondo i lavori fisiologici di Brown-Sèquard, Samuel e Langlois, la estispasione delle due capsule surrenali nei coniglio e nella cavia, conduce rapidamente alla morte, in messo a gravi disturbi funzionali dell'apparecchio circolatorio e del sistema nervoso. Inoltre, secondo questi stessi autori, l'estirpazione di una capsula surrenale cagiona grande debolezza, irre-

golarità della respirazione, acceleramento dell'attività cardiaca, convulsioni e, non di rad,o la morte. Langlo i sasserisce di avere const tato che l'estratto acquoso della capsula surrenale di un animale sano potrebbe prolungare la vita di un animale, al quale sia stata asportata la capsula surrenale e dissipare i sintomi minacciosi. Viceversa, secondo lo stesso Langlo i s, l'animale sensa capsule surrenali, muore più rapidamente quando gli viene iniettato il sangue di un animale, sul quale era stata precedentemente eseguita la stessa operazione.

Secondo Foà e Pellacani, l'estrattto acquoso di tutte le capsule surrenali è molto tossico; e parimenti il sangue di animali privi di dette capsule, nonchè l'estratto alcoolico di muscoli di rane prive di capsule surrenali (Abelous e Langlois).

Oliver e Schäfer avrebbero accertato, che le piccole dosi dell'estratto di capsule surrenali determinano un aumento della pressione sanguigua.

Una serie di autori (Gratiolet, Harley, Philippeau, Schiff,) avrebbero constatato, oppostamente al Brown-Sèquard e ad altri, che l'asportazione delle capsule surrenali può essere eseguita senza alcun pericolo per la vita degli animali, benchè dopo l'estirpazione dei gangli e dei nervi, come pure dopo la distruzione delle capsule surrenali si produsse una forte iperemia venosa del canale gastroenterico nonchè profuse diarree nell'animale sul quale si sperimentave.

Che in base a risultati tanto contradittori, il medico non possa formarsi alcun concetto esatto ed adeguato dell'intima natura del morho di A ddison, non deve affatto meravigliare. E ciò spiega perchè, mentre alcuni autori attribuirono l'importansa principale ai sintomi da parte del sistema nervoso od alla debolezza generale del corpo; altri, invece, ascrissere un'entità principale ai sintomi da parte del sistema eircolatorio, alla ischemia, all'acceleramento ed affavolimento del polso, oppure al colorito della pelle.

Overbeak ha, per il primo, tentato di coordinare la sindrome fenomenica di questo morbo e di darne una spiegazione plausibile. Egli opinò che si tratti di una malattia infettiva, la quale si localizza sotto forma di cronica infiammazione, nelle capaule surrenali, e consiste in un'anemia, la quale si aggrava progressivamente e conduce all'esito letale. Inoltre, l'affezione sarebbe caratterizzata altresi da abnorme pigmentazione nella rete del Malpighi e nella mucosa orale.

Riesel crede che il colore bronsino sia do-

vuto ad abnorma distribuzione del sangue, alterazione secondaria del sangue, diminuito afflusso di ossigeno ai tessuti, forte adinamia cardiaca ed ateromasia dei vasi sanguigni.

Nothnagel e Brown-Sèquard, Tissoni e Marino-Zuco potettero, mediante distruzione delle capsule surrenali, provocere il colore bronsino. Invece, molti altri autori rinvennero, nel morbo di Addison, le capsule surrenali anatomicamente intatte, però constatarono alterazioni avariatissime del simpatico. Marino Zuco ed Albanese accamparono una ipotesi, la quale sembra atta a conciliare fra loro questi fatti. Secondo il loro modo di vedere, la funzione delle capsule surrenali consiste nel distruggere i prodotti tossici che si formano nel ricambio nutritivo dei nervi, e specialmente la neurina; quindi i sintomi del morbo di A d d i s o n potrebbero svilupparsi sia quando le capsule surrenali sono anatomicamente lese, sia quando sono affette da un disturbo d'innervazione. In quanto ai casi di lesione anatomica delle capsule surrenali, senza che si sviluppi il morbo di A d d i s o n, si dovrebbero spiegare ammettendo che il tessuto ancora esistente della capsula surrenale sia sufficiente per distruggere la neurina. Secondo l'autore, la ipotesi che nel morbo di Addison si tratti di un' autointossicazione ha d'uopo di essere ulteriormente avvalorata con analisi sistematiche dell'urina.

Parecchi autori attribuiscono il morbo di Addison ad un'affesione del simpatico ed opinano che, in seguito a stimolazione dei plessi addominali, si verifichino paralisi e dilatazione dei vasi addominali, e secondariamente la loro iperemia, onde si spiegherebbero agevolmente così l'adinamia cardiaca in conseguenza di un minore affusso di sangue al cuore e l'anemia della cute e delle mucose visibili, come i disturbi gastroenterici che insorgono nel morbo di Addison.

Lo stesso Addison pose quest'affezione in nesso causale col simpatico e la sua opinione è stata accettata dal Virchow, dall'Eulenburg e dal Guttmann. Il Merkel, nel suo pregevole lavoro sulle malattie delle capsule surrenali, dichiara che coramai è tanto considerevole il numere dei casi, in cui la sindrome fenomenica primitiva del morbo di Addison stava in nesso con le affesioni delle capsule surrenali che si può ritenere quasi come sicuro il nesso causale. Alla fisiologia è devoluto il còmpito di ribadire definitivamente questo concetto».

Ed effettivamente in questi ultimi tempi, nel laboratorio chimico dell'Istituto patologico di Berlino sono state eseguite alcune ricerche dal Mühlm a n n, le quali sembrano atte a proiettare un poco di luce in questo campo così oscuro. E' noto che, malgrado i lavori di Virchow, Arnold, Krukenberg, Velich, Fraenkel e Brunn e r, roco o nulla si sapeva circa l'intima natura chimica della sostanza attiva della capsula surrenale. In vero il Fraenkel ed il Brunner credettero di aver trovato una sostanza simile alla pirocatechina. Però essa non mostrava la serie delle reazioni della pirocatechina. Al Mühlmann è riuscito di accertare questa sostanza nel midollo della capsula surrenale. Tutte le reasioni riuscirono splendidamente, perchè la sostansa isolata dal Mühlmann era solubile nell'alcool, nell'etere e nell'acqua, e dava le caratteristiche reazioni col cloruro di ferro e con l'ammoniaca, Essa riduceva la soluzione dei sali di argento, di oro e di mercurio a freddo, ed il solfato di rame in soluzione fortemente alcoolica. Il suo colore era brunastro, con fluorescenza spiccatamente violetta.

Secondo Mühlmann la sostanza corticale ha la funzione di fornire il materiale, che rende possibile la formazione della pirocatechina nella sostanza midollare. Il materiale principale circola nel sangue stesso, donde viene attinto dagli alimenti vegetali, dall'acido pirocatechico delle piante.

Compito delle capsule surrenali sarebbe la trasformazione dell'acido pirocatechico in pirocatechina. Quest'ultima finora sarebbe stata rinvenuta soltante nell'urina (dove, secondo Baumann, si rinviene non di rado) e nel liquido cerebro-spinale.

Essendo stato constatate che nella sostanza midollare vi è la pirocatechina, riesce agevole comprendere perchè il limitrofo strato della sostanza corticale apparisca pigmentato più fortemente in bruno. Se la pirocatechina normalmente agisce in tal modo sopra i limitrofi epitelii, non deve punto recare meraviglia se essa, in condizioni patologiche, quando perviene nel sangue, possa colorare anche epitelii lontani.

Secondo Mühlmann, il concetto che noi dobbiamo farci del morbo di Addison é il seguente: trattasi di uno stato patologico, nel quale la pirocatechina non viene trasformata in un altro prodotto innocuo, nel sito dove si elabora, cioè nella capsula surrenale, oppure col sussidio di gangli simpatici dopo che ha lasciato la capsula, ma perviene nel sangue come uno agente nocivo.

Nel sangue la pirocatechina viene ossidata e trasformata in un pigmento bruno, che impartisce alla cute un colorito bronsino.

Inoltre, Mühlmann ritiene che, con la sua ipotesi, si possono agevolmente spiegare i gravi sintomi da parte del sistema nervoso e del sistema vasale, perchè la pirocatechina, com'è ben risaputo, é una sostanza tossica. Secondo Mühlmann, la eliminazione della pirocatechina è affidata alle cellule ganglionari simpatiche.

L'abnorme penetrasione di pirocatechina nel circolo, può, secondo Mählmann, aver luogo, in quanto che essa viene formata in quantità eccessiva, oppure in quanto che la quantità normale della pirocatechina formata nella capsula surrenale, non viene trasformata in un prodotto innocuo, quando il ganglio simpatico non può più distruggere l'agente nocivo, che si è formato e non può più impedire che la pirocatechina eserciti la sua influenza deleterea nell'organismo.

Secondo l'autore, questa ipotesi del Milhlmann spiega la sintomatologia del morbo di Addison meglio di ciò che non lo facciano le ipotesi precedenti.

Il colore bronzino si spiegherebbe col fatto, che l'organismo viene inondato di pigmento bruno, che si elabora nel midollo delle capsule surrenali, quando la pirocatechina si forma in eccesso, ovvero quando i gangli del simpatico non distruggono la sostanza tossica. Allorchè le capsule surrenali sono inferme, la maggior parte dei limitrofi plessi nervosi vengono anch'essi impegnati, sicchè, anche in tali condizioni, la pirocatechina può esplicare tutte le proprietà tossiche nell'organismo, per la via del circolo sanguigno, nel quale perviene seusa essere distrutto.

La debolesza e l'anemia sono sintomi di cronica intossicazione con la pirocatechina; ed alla stessa causa sono dovuti i disturbi digerenti, nonchè i disturbi dell'apparecchio circolatorio e del sistema nervoso.

Sacondo M ti h l m a n n, l'erbivoro tollera grandi doti di pirocatechins, laddove il carnivoro non ne tollera affatto.

Ammettendo l'ipotesi del Mühlmann, il morbo di Addison avrebbe un'etiologia simile a quella del gozzo, giacché, così nell' un caso come nell'altro, trattasi di un'auto-intossicazione con un veleno, formato nel focolaio patologico. Sicché, in base a questa teoria, affacciasi

spontanea l'idea di curare il morbo di A d d ison con sostanza delle capsule surrenali.

Uno dei primi a tentare l'organo-terapia in questa affezione, fu il dottor Sansom, che (in un uomo a 25 anni, il quale da sette mesi era affetto da morbo di Addison) esegui la cura con l'estratto delle capsule surrenali, ed ottenne un miglioramento considerevole. Mello spazio di un mese, il peso del corpo aumentò di quattordici libbre.

Essendo poi stata sospesa per lungo tempo questa cura, si riaffacció gradatamente la sindrome fenomenica, sicchè si dovette riprendere la cura.

Anche Althaus ha riferito un caso consimile, nel quale la cura con l'estratto delle capsule surrenali al principio diede ottimi risultati i quali sventuratamente non furono persistenti. E lo stesso accadde a Murrellin 9 casi, in nessuno dei quali si cabbe la guarigione nel vero senco della parola.

L'autore ha avuto ultimamente in cura un caso di morbo di A d d i s o n, in cui il momento e-tiologico era stata un' infesione tubercolare, la quale erasi localizzata primariamente nell' orecchio interno, già da anni. La cura con l'estratto delle capsule surrenali diede, al principio, qualche risultato favorevole, che sventuratamente non durò a lungo.

E del resto, dice l'autore, non sarebbe stato possibile ottenere, in questo caso, la guarigione, perchè, come l'autopsia fece rilevare, tutto il tessuto delle due capsule surrenali era, in parte degenerato, in parte distrutto.

E ciò ch'è distrutto, non può più essere rigenerato con alcun messo. Ad egni modo, è possibile che l'organoterapia possa sostituire la funsione delle capsule surrenali per qualche mese, il che è tanto di guadagnato per l'infermo.

E nei casi non molto avanzati si potrebbe forse, proseguendo la cura per lungo tempo, ottenere una miglioria più o meno duratura. A quanto pare, finora l'unico caso, in cui questa avrebbe dato la guarigione, sarebbe quello di Merkel, in cui l'affezione si svolse sopra un fondo sifilitico (Manchener medicinische Wochenschrift, n. 7, 1897).

House

L'AVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI FORTANELLATO (PARMA). —UN CA. SO DI PERITONITE TUBERCOLARE CURATO E GUARITO MEDIANTE LA LAVATURA APNEUM MATIGA DEL PERITONEO SECONDO IL METODO BIVA pel dott. U G O G A B B I.

E'oramai terta l'efficacia di un intervento chirurgico nella cura della peritonite tubercolare con versamento; fra i due metodi che si possono seguire, cioè la laparotomia e la paracentesi con successivo lavaggio (Riva), quest'ultimo ha spesso dei vantaggi indiscutibili, non fosse altro che per essere più facilmente applicabile.

Nella Clinica del prof. R i v a dove fui per due anni alunno interno, ebbi occasione di assistere a varie lavature apneumatiche del peritoneo per la cura della peritonite tubercolare e di persuadermi della bontà del metodo tanto che, essendosene presentato un caso fra gli ammalati affidati alla mia cura nell'ospedale di Fontanellato, volli applicarlo.

Succintamente riferisco la storia/clinica del caso in discorso.

Bassarini Albertina di anni 22, nubile, ha padre vivo e sano; la madre morì a 85 anni, pare per tifeide; due sorelle e un fratello, godono buona salute. Nessuna malattia degna di nota nell'infansia. Mestruata a 14 anni ebbe mestrui sempre regolari. Godette discreta salute fino al marzo u. s. epoca in cui ammalò, dice, d' influenza. Stette bene poi fino al principio dello scorso agesto, in cui ammalò della malattia attuale.

Questa iniziò con senso di generale spossatezsa per l'inferma, cui seguirono diarrea, febbre, perdita d'appetito, vemito. Dopo circa due settimane comincia a tumefarsi il ventre e l'inferma rice-vera nell'ospedale di S. Secondo dove migliora alquanto.

Nei primi giorni dell' ottobre, il ventre che era diminuito di volume, cominciò a tumefarsi di nnovo, le condisioni generali andarono decadendo e, nel decembre, fu da me visitata e consigliata a ricorrere nell'ospedale di Fontanellato.

Esame obiettivo. — Decontbe supina; nutrizione sendota, scholetro regelare, sistema ghiandolare periferico normale, non edemi.

Alampo e al collo nulla di notevole.

Toracs. — Discretamente sviluppato; marcate le fosse sopra e sottoclavicolari d'ambo i lati.

Respiro leggermente obliquo per minore mobilità a sinistra. Leggiera ipofonesi in alto pure a sinistra dove, ascoltando, si avverte respiro un pò aspro e qualche sibilo. Addome.—Voluminoso, dolente alla palpazione; senso spiccato di fluttuazione. Non si possono palpare i visceri addominali. La percussione rileva discreta copia di liquido libero in cavità.

Diagnosi. - Peritonite tubercolare.

Allo scopo di sollevare l'inferma, il giorno 5 decembre pratico la paracentesi alla quale non fo seguire il lavaggio non possedendo allora lo apparecchio R i v a. Si estraggono 5 litri di liquido giallo-citrino; ma il versamento non tarda a riprodursi e il volume del vantre è tale che l'inferma stessa, per le sue sofferenze, chiede che s'intervenga.

Il giorno 16 gennaio, mi accingo all'operasione. Vengono preparati circa 20 litri di acqua distillata, sterilizzata con prolungata bollitura e lasciata raffreddare ad una temperatura fra i 87º, e i 40º; disinfetto convenientemente la regione nella quale dovrà cadere la puntura e pungo col trequarti dell'apparecchio lavatore aspiratore Riva. Estraggo 10 litri di liquido giallo-citrino; inietto due litri di acqua distillata, sterilizzata e successivamente lo estraggo; inietto di seguito 10 litri della medesima acqua allo scopo di lavare abbondantemente il peritoneo cosicche tutti i punti di questo sieno toccati del liquido di lavaggio. Estraggo poi la quantità di acqua iniettata che esce precisamente fino alla misura di 10 litri a dimostrazione della perfetta aspirazione fatta dalla colonna liquida del tube di scarico. Dopo di ció, inietto e successivamente estraggo altri 6 litri di acqua. Dopo ciascuna iniezione di liquido lavatore, faccio prendere all'inferma diverse posizioni sul letto affinche il lavaggio sia migliore.

Sembrandomi in tal modo sufficientemente lavato il peritoneo, rimuovo il trequarti e chiudo il foro con collodione cerotto bollito.

Nessun inconveniente durante l'operazione quantunque la quantità di liquido usato a lavare fosse considerevole (10 litri). Vedendo che l'inferma sopportava bene la lavatura, volli abbondare in questa, parendomi di dovere così meglio ottenere lo scopo che, talvolta non si ottiene usando pochi litri di liquido lavatore.

Decorso postoperativo. — Alla sera dal giorno d'operazione la temperatura sale ai 370,6 e nei giorni successivi si comporta come segue:

22	•	T. al	mattino 36°.8	alla	sera	870,5
23	•		86 °,5	•	•	37 0,9
24			86,0	•	>	37, °
25	•		86,0	•	•	37 °,5
26	•		86°, 5	•	•	87°,2
27	•		860,5	•	•	37•,

Da questo giorno l'inferma si mantiene apirettica, se non si tien conto di un lieve elevamento termico presentato circa una settimana dopo e scomparso in seguito a purgativo. Il liquido non accennó più a riprodursi ed ora, a più di un mese dall'atto operativo, la circonferenza addominale è all'incirca la stessa che la paziento presentava dopo l'estrazione del liquido.

Le condizioni generali dell'inferma sono considerevolmente migliorate, essa gode senso di benes ere e viene dimessa dall'ospedale.

Anche questo caso che venni es ponendo, dimostra, fra i tanti, l'efficacia della lavatura apneumatica del periton o nella cura della peritonite tubercolare e come il processo di guarigione dovuto ad una peritonite reattiva, asettica che strozza i tubercoli e fa aderire in vari punti il peritoneo, sia provocato non dall'azione medicatrice del liquido di lavaggio (acqua stillata e sterilizzata) ma dalla sua azione irritante sulla sierosa peritoneale.

Quando il chirurgo cura la peritonite tubercolare mediante la laparotomia e la successiva medicatura del peritoneo, deve il risultato principalmente a due fattori: cioè alla rimozione del liquido ascitico e a un certo grado di irritazione meccanica che esso esercita sul peritoneo, poca o nulla potendosi ritenere l'azione antisettica che sul tubercolo può esercitare un liquido medicato qualunque esso sia, perché breve è il suo contatto colla sierosa e perchè, per non nuocere a questa, fa d'uopo usare soluzioni tenui e certo non micidiali per il bacillo di Koch. Orbene, questi due fattori si utilizzano completamente col metodo apneumatico, per cui, nei casi di versamento libero, esso può sempre seguirsi con speranza di buon successo, tanto più che la sua pratica riesce abbastanza facile quando si abbia dell'apparecchio Riva sufficiente conoscenza.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica chirurgica dell'ospedale Cochin (Dottor Schwartz)

Ernia peritenee - vaginale ; oura radioale

Sono due infermi, entrambi con ernia congenita.

Nel primo caso si tratta di un giovane di 20 anni, forte, di valida costituzione organica, garzone vinaio. L'anamnesi non ci dice altro, che tanto il nonno che la madre di lui erano erniosi. La tumefazione si è resa appariscente 6 anni addietro, quando nel fare uno sforzo, il giovinetto ebbe un dolore fortissimo all'inguine. Un medico che lo vide, diagnosticò punta d'ernia e gli fece portare una fasciatura contentiva che pare rispondesse bene allo scopo.

Ora è circa un mese che la borsa sinistra si è considerevolmente aumentata di volume e nello stesso tempo moleste stirature all'inguine impediscono che l'infermo possa compiere un lavoro un pò pesante. L'esame obbiettivo ci permette di constatare che esiste in fatti un' emis inguinale. probabilmente costituita da epiploon, non oltrepassante l'orificio inguinale esterno; quest'ernia è irriducibile, almeno in totalità; egiste inoltre un idrocele manifesto, trasparente, che avvolge il testicolo il quale si trova spinto in basso ed in dietro; il tumore, della forma e del volume di una pera di media grandessa, si peduncola fino al canale inguinale ed è irriducibile. Si fa diagnosi di ernia inguinale esterna complicata ad idrocele, probabilmente congenita, tenuto conto dell'età dello infermo e della brusca comparsa dell'ernia. benchè il giovine avesse pareti addominali valide e ben conformate; la diagnosi di probabilità è divenuta di certezza pel fatto che l'idrocele è totalmente scomparso sotto l'influenza delle pressioni esercitate sulle borse per farne la toilette pre-operativa. Adunque si trattava di ernia vagino-perifoneale complicate ad idrocele.

Nel 2º caso si trattava di un giovane carbonio di appena 20 anui il quale si ricorda di essere sempre stato ernioso. Ad 11 anni ricevette un colpo con un asse di ferro nell' inguine ma non accusò alcun fatto consecutivo. Egli ha fatto uso di fascia.

Il 26 decembre 1896 sollevando un grosso sacco di carboni, intese che l'ernia discese fino alla base dello soroto; essa era grossa quanto 2 pugni, tesa, dolorosa. Un medico, chiamato, potè presto riduria. Lo stesso accidente si è riprodotto il 22 gennalo seguente; ma questa volta la ridusione fu impossibile; egli fu colto da vomiti incessanti e da fatti generali tali, che lo costrinsero a ricoverare in elinica, ove l'ernia in seguito ad un bagno caldo, si ridusse spontaneamente senza alcun taxis. L'indomani, al momento della visita si constatò esistere un epiplocele irriducibile in totalità; esso era chiaramente inguinale esterno; l'epiploon pareva aderire al testicolo il quale è trascinato con esso quando si cerca di ridurlo in cavità.

Tutti i caratteri di quest'ernia si presentavano come quelli di un'ernia congenita vagino-peritoneale con la particolarità in più dell'aderenza del testicolo all'epiploon.

L'ernia inguinale congenita è la risultante di un vizio di conformazione derivante da un arresto di sviluppo del processo vaginale del peritoneo.

Questo canale mette in comunicazione peritoneo e vaginale nella vita intrauterins; ma quando il testicolo è sceso giù nello scroto, il canale si oblitera; ciò incomincia a determinarsi tra il 10° ed il 20° giorno di vita extrauterina. Questa obliterazione incomincia dal punto medio del cordone e si continua in alto fino all' orificio inguinale interno ed in basso fino alla vaginale. Suppongasi ora che l' obliterazione non accada e che la comunicazione persista, da questa disposizione risulterà un vero sacco erniario preformato in cui i visceri possono insinuarsi sia subito dopo la nascita, sia dopo un certo tempo (e ciò è più frequente) per costituire la varietà di ernia detta vagino-peritoneale.

La diagnosi di questa varietà di ernia passa per tutte le gradazioni, dalla facilissima a quella impossibile a farsi. Nel nostro secondo infermo, oltre all'età, oltre al fatto che l'infermo dice di essere stato sempre ernioso e che l'ernia diventava repentinamente voluminosa, ogni qualvolta discendeva nello scroto, noi abbiamo un carattere patognomonico, cioè la risalita del testicolo quando si cerca di ridurre l'oscheocele; ogni volta che si constata questo fatto, ciò è indizio di aderenze dirette dell'ernia col testicolo e, per conseguenza, di un'ernia peritoneo - vaginale o peritoneotesticolare che dir si voglia.

Nel primo infermo, oltre i segni che ci permettevano di presumere un fatto congenito, voi avete potuto vedere prodursi un fenomeno interessantissimo (che lo ha poi confermato decisivamente) cioè la coincidenza di un versamento nel sacco, versamento che, sensa rottura si è

ridotto sotto le lievi pressioni esercitate dall'assistente che preparava il campo operativo.

Questa riducibilità e riduzione del liquido non poteva esser dato da altro che da diretta comunicazione tra cavità scrotale e peri oneale; e siccome era manifestamente un idrocele vaginale, si trattava senza alcun dubbio di un' ernia peritoneo-vaginale con idrocele concomitante. L' atto operativo per la cura radicale ha completamente confermato la nostra diagnosi in ambo i casi.

La cura radicale d'un'ernia vagino-peritoneale consiste: nella apertura della parete anteriore del canale inguinale e poi del processo peritonesle; questo si apre e si scolla dal fanicello che quasi sempre ne è avviluppato; lo scoliamento è tanto più facile quanto più ci avviciniamo all'orificio peritoneale del canale inguinale. Se il sacco contiene epiploon, aderente o non, questo si riduce previa resezione di una buona parte di esso per evitare la possibilità di una nuova ernia, Separato bene il funicello dal sacco, si incide questo trasversalmente; la parte superiore sarà trattata come un comune sacco erniario, scollato quanto più lontano è possibile e poi legato e resecato; l'inferiore poi sarà chiusa con un sopraggetto in catgut o con punti di seta, per ricostituire la vaginale del testicolo. L'operazione si termina come per un'ernia ordinaria. Voi mi a-Vete veduto compiere tutti questi tempi pei due casi che ho operato innanzi a voi. Avete potuto constatare che nel primo si trattava di ernia peritoneo-vaginale con epiploon molto aderente in un processo peritoneale relativamente largo; l'epiploon formava come un tappo ed impediva al liquido di refluire con facilità nel cavo peritonesle; la parte del sacco sieroso in cui giaceva l'epiploon era spessa, dura, e munita, alla sua parte superiore, di una specie di ripiegatura valvulare che spesso si riscontra nelle ernie congenite. Io ho scollato l'epipicon, ho resecato tutto quello che ne era magagnato (tirandolo fuori) e poi eseguito la legatura. Indi ho trattato l'idrocele col metodo di Bergmann, asportando ampiamente tutta la sierosa peritesticolare la quale era rugosa sulla sua faccia interna ed inspessita-

Nel secondo caso, aperto ampiamente il sacco, ho scollato le aderense epiploo-epididimali; ho allacciato in basso e poi ho asportato un grosso lembo di epiploon flogosato, del peso di 50 gr.; previa resessione del tragitto superiore ho poi ricostituito la vaginale.

Per tutte e due queste ernie che si rinvenivano in giovani a parete addominale muscolosa, io ho praticato il processo detto dello abbassamento, il quale consiste (per rinforsare la parete) nello scollare il piccolo obliquo ed il trasverso e poi suturarli, dietro l'abbassamento all'arcata crurale, lasciando a pena lo spazio necessario pel passaggio del cordone spermatico; i pilastri furono suturati al disopra di tutto. Le ernie congenite spingono alla cura radicale non solo per i buoni risultati che da sempre l'operazione, ma anche per la minaccia e la gravezza dei fatti di strangolamento ai quali sono specialmente predisposte (Journal des Praticiers, 20 Febbraio 1897).

Nacciarone

NOTE DI TERAPIA

Cura dell'ulcera della gamba. Dehaine e Aubomin.—Il numero delle cure proposte per la guarigione delle ulcere delle gambe è tanto considerevole che sarebbe temerario scriverne la storia. Del resto oggi questa rivista retrospettiva non avrebbe grande interesse, tanto più che la maggior parte di tali medicazioni erano fondate sul cieco empirismo, senza punto conoscere le regole più elementari dell'antisepsi.

Noi ora sappiamo tutto quel che possiamo riprometterci, per la rapida cicatrizzazione delle ulcere varicose, da un'accurata disinfezione della perdita di sostanza, da un uso prudente del bistori e del cucchiaio abradente, dall'innesto epidermico o dermo-epidermico, da una medicatura asettica.

Ma questa curs, che noi diciamo chirurgica, ha l'inconveniente di richiedere il riposo assoluto a letto, spesso l'anestesia e, per questa doppia ragione, non può essere alla portata delle classi povere ove a preferenza abbonda l'ulcera della gamba.

Ed allora frequentemente si deve rinunciare alla cura ideale per adoperare diversi topici o rimedii economici che mettano l'infermo in grado di guarire, pur disimpegnando le sue occupazioni e riducendo al minimum l'intervento del medico.

Fra questi mezzi, due meritano di esser presi in considerazione: la cauterizzazione con tintura di aloe e la medicatura di Unna.

L'aloe riesce utile a preferenza nelle ulcere ribelli, anfrattuose, profonde, molto suppuranti; esso attiva la formazione dei bottoni carnosi e favorisce la rivestitura di epidermide. Per la loro azione disseccante rapida, le medicature nen hanno bisogno di essere rinnovate spesso.

Il solo inconveniente è il dolore vivo, benchè passaggiero, causato dall'applicazione della tintura il cui uso è egualmente controindicato nelle ulcerazioni troppo vaste, sulle quali ha ragione solo la cura chirurgica,

-La medicatura richiede diversi tempi:

1º Lavacro accurato della superficie ulcerata con una soluzione antisettica;

2º Asciugamento della parte con cotone idrofilo :

8º Applicazione della tintura di alce tenendo conto delle seguenti raccomandazioni: se l'ulcera è superficiale, basta passare una sola volta il pennello sulla perdita di sostanza; se è alquanto profonda, si aspetta che si dissecchi un po' la prima e poi si fa una seconda pennellazione. Fatta l'applicazione della tintura, si lascia disseccare completamente questa affinchè la medicatura consecutiva non aderisca sulla crosta e non si distacchi esercitando su di essa trazioni.

Bisogna aspettare circa 112 ora.

4º Applicasione, sulla superficie della piaga così medicata, di un peszo di tela impermeabile destinata ad assicurare il contatto col preparato alcoolico e ad impedire l'aderenza della medicatura con la crosta formata dalla tintura;

5º Inviluppo totale dell' arto in garsa asettica

e poi in ovatta.

Ma molto frequentemente, oltre della piaga propriamente detta, si nota che la cute dell'arto varicoso è malata; essa si escoria facilmente per i liquidi secreti dall'ulcera; essa è eczematosa, presenta diversi disturbi trofici. In queste condizioni, più che dai topici e dall'alce, la migliore cura è costituita dalla medicatura di Unna.

In questo modo, la cute è curata contemporaneamente all'ulcera ed, ottenuta la cicatrissasione, è raro che si vedano produrre nelle parti finitime le recidive che, con le altre medicature

sono abituali. Ecco come si procede.

Previo lavacro prolungato con sapone ed acqua calda si netta l'alcera con un panno gresso sterilizzato e si disinfetta la regione con liquido antisettico; indi si applica su tutta la regione colpita dall'eczema varicoso uno spesso strato di pasta di Lassar.

Amido polverato
Ossido bianco di zinco
Vaselina

ana gr. 20
gr. 40

Si spolvera poi la superficie ulcerata con jodoformio, aristolo o dermatolo e si ricovre l'ulcera con uno strato di ovatta, Si spalma su tutta la gamba la colla di Unna; questa colla, fusa a bagno-maria, si applica con un pennello anche sulle parti medicate con la pasta di Lassar.

Acqua
Glicerina
Gelatina
Ossido di sinco

Acqua
ana gr. 80
ana gr. 20

Fatto ciò, si applica al disopra, una striscia di tarlatana amidata, bagnata in acqua calda, e si esegue una fasciatura a doppio rocchetto dall'alluce al ginocchio; bisogna stringere un poco, avvolgendo, per far sì che si abbia una pressione moderata; del resto, seccandosi, la striscia si retrae da sola. Sopra a tutto si pone una fasciatura di tela per impedire che la prima possa guastarsi.

L'infermo può allora adempiere ai suoi obbli-

ghi. In capo a 2, 4, 6, giorni la secrezione ha attraversato la medicatura, allora questa si cambia ed un piediluvio caldo basta a rammollire la colla. Indi si applica una medicatura analoga. Sotto l'influenza di questa medicazione, la secrezione si modifica: le fasciature si rimuoveranno ogni 15 giorni e solo la comparsa di pus allo estarno costituirà il segno della necessaria rinnovazione di medicatura.

Breve, quando la cura chirurgica non potrà effettuarsi, bisogna a preferenza adoperare la tintura di alce come topico, specie se si tratta di ulcere profonde, anfrattuose, di media estensione.

Se poi, contemporaneamente, la cute è ecsematosa, migliore effetto si otterrà dalla medicatura di Unna la quale, per di più, costituisce un prezioso coadiuvante per l'uso dei topici ed offre il vantaggio di prevenire le recidive (Gazette hebdomadaire de Mèd. et de Chirurgie, 21 rebbraio 1897).

Nacciarone

Deubre. — La cura ambulatoria nelle fratture dell'arto inferiore

Oggigiorno, grazie ai nuovi ed eccellenti meszi di cui la chirurgia dispone e grazie alla cura proposta del Lucas-Championnière (massaggio e mobilitazione precoce) le fratture dello arto inferiore non sono più condannate all'immobilità assoluta e prolungata dell'antico trattamento classico.

Il Bérard nel 1881 fu il primo che propose la cura ambulatoria, ma fu ben presto abbandonata in Francia e tale rimase nonostante che in Germania ed in Russia da qualche anno menasse grande rumore. Hennequin nella Revue de orthopedie ha recentemente pubblicato una critica profonda su tale metodo e l'autore ne mette in evidenza i punti più salienti.

Gli apparecchi adoperati nel metodo ambulatorio devono rispondere a due condizioni indispensabili: la prima si è quella di sottrarre il segmento dell'arto fratturato all'azione del peso del corpo, la seconda è quella di assicurarne l'estensione.

Per realissare la prima, è necessario di trovare sullo scheletro dell'arto o del bacino solidi punti di appoggio al di sopra della soluzione di continuo in guisa che il peso del corpo sia trasmesso (per l'intermediario dello stesso apparecchio) da questo punto di appoggio al segmento dell'arto situato al disotto di quello ove ha sede la frattura.

Quali sono le salienze ossee che offrono i migliori punti di appoggio?

So si tratta di una frattura della gamba, non vi sono che le tuberosità della tibia sulle quali si può tentare di applicare gli apparecchi; non si può parlare dei condili femorali, poiche questi non sporgono al di là della tibia.

Però, se negli individui scarni, poco muscolosi, le tuberosità tibiali presentano salienze favorevoli non è io stesso nei grassi o negli individui so, i frammenti s' incavalcheranno di bel nuovo.

robusti, ove quelle sono ricoperte da masse adipose o muscolari. Ma anche quando esse siano ricoverte solo da un lieve straterello di adipe, non oppongono alcuna resistenza ai mezzi di fissazione se non quando questi sieno stretti fortemente, e ciò a causa del poco svasamento della superficie tibiale e del lievissimo angolo d'inclinazione della superficie esterna delle tuberosità.

D'altra parte, se la costrizione è troppo energica essa non è tollerata, diventa dannosa e se per moderaria s'interpone uno strato di ovatta, il punto di appoggio, già poco sicuro, diventa allora totalmente insufficiente.

Se si tratta d'una frattura del femore, l'ischio offre il punto di appoggio più sicuro; ma anche quivi, malgrado lo spesso strato cellulo-fibroso che vi esiste, è difficile che si pervenga a far sopportare all'ischio il peso di tutto il corpo.

Quindi si vede come sieno incerti e precarii i punti di appoggio sui quali si basa tutto il sistema.

Rispende il metodo ambulatorio alla de candizione, cioè all'estensione?

Secondo gli autori tedeschi o russi, l'estensione fatta in primo tempo da aiuti durante l'applicazione dell'apparecchio, sarebbe in seguito esercitata passivamente da questo ultimo.

Hennequin ha dimostrato che neppure questo si ottiene. Questi apparati da deambulazione si compongono: o di un apparecchio a piastre rinforzato da legacce laterali, esattamente modellato con pressioni manuali sul piede e sulle salienze ossee (apparecchio di contensione e di deambulazione) o di un apparecchio a piastre molto più leggiero, destinato solamente alla contensione e foderato (pel cammino) da un apparecchio ortopedico apposta costruito.

L'applicazione di un apparecchio a stecche, per una frattura della coscia p. cs., richiede 4 tempi; 1º tempo: applicazione di una striscia piastrata dalla testa dei metatarsi fino al ginocchio: attendere la disseccazione. 2º tempo: l'ammalato stando coricato sopra cuscini per rendere il bacino bene accessibile, un aiuto pratica l'estensione sul bendaggio piastrato dalla gamba mentre un altro assistente pratica la controestensione sul torace; riduzione della frattura. 8º tempo: applicazione di uno spesso manicotto piastrato (15 a 18 doppii di tarlatana) il cui estremo superiore, tagliato molto a sbieco prende, appoggio sulla tuberosità dell'ischio. Per la sua metà esterna, molto più lunga, questo manicotto sale fino alla spina iliaca anteriore - superiore e sulla regione ombelicale ove é mantenuta da un aiuto. 4º tempo: il bendaggio della gamba è riunito al manicotto femorale per mezso di 4 strisce pia-

L'apparecchio ortopedico per la deambulazione più comunemente adoperato è quello di Bruns ma in generale l'applicazione di questi apparecchi è delicatissima e difficile ed inoltre non danno un vantaggio reale. Eppoi, la riduzione, ottenuta talvolta a stenti, potrà essere mantenuta? E' evidente che se l'apparecchio non può restare fisso, i frammenti s'incavalcheranno di bel nuovo.

Dunque, l'uso di questi apparecchi da deambulazione, oltre ad essere penosi e poco sicuri, provocano talvolta serii danni, poiché non si può sotto il duplice apparecchio (di contenzione e di ambulazione) sorvegliare la posizione dei frammenti laddove con gli apparecchi semplicemente contentivi si ha il vantaggio di farlo e ricorrere al massaggio, alla mobilitazione delle articolazioni ecc.

Il Bardeleben vede nella cura ambulatoria dei fratturati i seguenti vantaggi: prevenire la formazione di escare, impedire l'atrofia dei muscoli, agevolare la formazione del callo, mantenere l'organismo in buone condizioni fisiogiche, specialmente nei vecchi e negli alcoolisti. L'Hennequin dimostra (con le leggi della fisiologia generale) che tali premesse non possono pun'o accettarsi.

Breve, la cura ambulatoria è lungi dal realissare l'ideale annunciato, poichè non permette agli infermi di accudire alle proprie occupazioni, ma solo di fare qualche passo in camera; esso non è utile nè nei vecchi, nè negli alcoolisti, non sottrae alla possibile formazione di escare nè all'atrofia muscelare, nè tampoco favorisce la formazione del callo, astrazione facendo dai possibili incavalcamenti dei frammenti e del consecutivo raccorciamento dell'arto.

La cura ambulatoria, adunque non ha alcun lato veramente utile, anzi è dannosa; d'altra parte la sua applicazione richiede abilità ed esperienza (Le Bulletin mèdical, 28 febbraio 1897).

Nacciarone

T088100L081A

King. — Un case di avvelenamente per acide carbelice

Il 22 novembre 1896, un guarda-sala d'un ospedale di New-York, trangugiò per isbaglio un'oncia di acido carbolico.

Alcuni minuti dopo il fatto, il pasiente era moltro agitato; il suo alito aveva un forte odore di acido fenico; le labbra erano bianche.

Gli si fece subito un' iniezione ipodermica di apomorfina e gli si somministro una soluzione alcalina. La deglutizione era molto difficile. Essendo passati cinque minuti senza che l'apomorfina producesse alcun effetto emetico, si ripetè l' iniezione ipodermica, con la stessa dose; ma il risultato fu del pari negativo. Il viso dell' infermo era diventato assai rosso dopo l'ingestione del veleno, ma ben presto divenne palitido e leggermente cianotico. Manifestaronsi spasmi tonici dei muscoli volontarii, nonchè delirio calmo.

S'ccome lo spasmo muscolare impediva la deglutizione, s' introdusse un catetere elastico nell'esofago per la via naszle, e per mezzo d' una siringa di Davidson s' iniettarono nello stoma:> 250 grammi di latte. Il pallore aumentava sempre più, la superficie cutanea divenne fredda, la respirazione difficile, il polso debole ed intermittente, le pupille contratte. Il paziente era in istato di completa incoscienza.

Attorno al suo corpo si applicarono molte bottiglie d'acqua calda, e lo si copri con molte coperte di lana. S'iniettarono sotto la pelle un milligrammo di nitroglicerina, tre milligrammi di solfato d'atropina e dieci gocce di tintura di digitale.

Mesz' ora dopo l'ingestione del veleno si eseguì il cateterismo, col quale si estrasse mesz'oncia d'urina. Questa era di color chiaro e puszava d'acido fenico. Poco dopo, la respirazione si arrestò. Il polso batteva ancora, benche assai debolmente. Si ricorse alla respirazione artificiale; per effetto della quale, la funsione respiratoria si ristabili per circa mesz' ora; dopo di che si ebbe un arresto completo degli atti respiratorii, e l'infermo mori, malgrado che si ricorresse nuovamente alla respirazione artificiale. L'autopsia non potè esser fatta.

Fu constatato che l'individuo, già da qualche tempo delito all'abuso degli alconlici, aveva inghiottito un'oncia di acido carbolico puro, avendo scambiato il liquido con alcool diluito.

Il maggiore interesse di questo caso consiste forse nel risultato nullo ottenuto dall'uso dell'apomorfina. Ciò dipese probabilmente da che l'acido fenico, già in parte assorbito, aveva paralissato il centro midollare, da cui il vomito dipende.

L'autore accenna pure ad un caso d'avvelenamento per cloralio, nel quale l'apomorfina ebbe del pari un'azione nulla, quantunque se ne iniettassero due centigrammi nello spazio di dieci minuti.

L'apomorfina deve considerarsi come un emetico molto incerto, e specialmente negli avvelenamenti che danno luogo a stupore e a depressione dei centri nervosi, la sua azione è forse quasi sempre nulla. In molti casi, tra cui quello che abbiamo riferito, la fiducia che si pone a torto in tal rimedio, fa perdere un tempo prezioso, che potrebbe essere utilizzato per la pronta lavatura dello stomaco.

Questa, nel caso esposto, non potè asser fatta a cagione del trisma, che prontamente si stabili (Medical Record, 80 gennaio 1897).

Loddo

CASUISTICA CLINICA

Sulle deformità dentarie prodotte nel bambini dali' uso dei mercurio. — Hutchinson ha fatto, al riguardo, numerosissime osservazioni dalle quali risulta quanto segue:

Se si somministra mercurio ad una gestante, il feto ne resta quasi sempre affetto; e, tra le altre cose, può venir danneggiato lo sviluppo dei denti di latte. Questi per ciò, poco dopo la loro eruzione, diventano sede di processi cariosi o

necrotici, che assai spesso ne determinano la caduta. I denti maggiormente affetti sono , in ge-

nerale, gl' incisivi.

Quando il mercurio viene adoperato nei primi anni della vita, esso non danneggia i denti decidui (essendo questi già calcificati), bensì i germi dei denti permanenti. Il disordine nello sviluppo di questi ultimi concerne principalmente la formazione dello smalto; le lesioni sono, in generele, simmetriche. Con molta probabilità, le lesioni saranno prevalenti in certi denti piuttosto che in altri, a seconda dell'età, nella quale il mercurio viene adoperato; ma in generale sono più esposti a soffrire quei denti permanenti, il cui sviluppo è più precoce (primi grossi molari, incisivi e canini), mentre i premolari, che calcificano più tardivamente, sfuggono più spesso alle accennate lesioni.

Il mercurio viene adoperato nei bambini, o contro la sifilide o contro altre malattie. In quest' ultimo caso, le lesioni dentarie saranno più semplici, essendo esse dovute unicamente al mercurio, mentre, nei casi di sifilide, le deformità dovute al mercurio possono essere combinate con altre dovute alla sifilide. E' però cosa assai frequente di vedere le deformità dentarie caratteristiche della sifilide ereditaris, associate ai difetti dello smalto dovuti al mercurio.

L'autore riferisce il caso d'una giovinetta di 18 anni, non sifilitica, la quale, dall'età di circa un anno sino a 28 mesi, andò soggetta a gravi e frequenti convulsioni, in occasione delle quali le furono spesso amministrate certe « polveri per la dentizione », a base di mercurio. In questa giovinetta non manca alcun dente (all'infuori di quelli del giudizio). Si nota però che tutti gli incisivi ed i canini sono poveri di smalto; la loro superficie è scabrosa e di colore sporco; altrettanto può dirsi di tutti i primi molari. Invece gli otto premolari sono tutti puliti, bianchi, sani.

I quattro secondi grossi molari sono abbastanza ben coperti di smalto; tuttavia essi non sono così puliti e bianchi come i bicuspidi. Come si vede, le lesioni sono perfettamente simmetriche, e la loro distribuzione è in pieno accordo con le cose precedentemente esposte (The Edimbourgh Medical Journal, febbraio 1897).

Loddo

Un case d'ipertrefia delle gengive con nanismo generale. Hutchinson. — Il paziente ha l'aspetto d'un regazzo dodicenne, ma in realtà egli ha 25 anni. La sua statura è nana; il viso ed il pube sono del tutto sprovvisti di peli; i testicoli ed il pene sono piccolissimi, e la pelle che li ricuopre è bianca e glabra, come in un bambino. La voce è infantile.

A prima vista, pare che il paziente offra un grado spiccato di prognatismo; in realtà, però, la sporgenza della parte inferiore del viso non dipende dalle ossa,ma soltanto da un' enorme i-pertrofia delle gengive, la quale fa protrudere la regione orale, in modo assai considerevole. Le gengive sono ipertrofiche, così alla parte esterna delle arcate dentarie, come alla parte interna; e

nella mascella superiore l'ipertrofia è talmente grande, che le gengive dei due lati per poco non si toccano tra loro, attraverso il palato. L'ipertrofia gengivale non è uniforme; si osservano, invece, masse irregolari di sostanza gengivale, dove più grandi, dove più piccole; e in messo a tali masse i denti trovansi messo seppelliti, per così dire, e sono anch'essi molto irregolarmente disposti.

E' molto difficile identificare i diversi denti. Di questi ultimi, alcuni sono certamente assenti; ma quelli che esistono sono, a quanto

pare, di grandezza normale.

Pare che, durante la dentizione, le gengive siano state sede di processi flogistici: il paziente dice che sulle medesime formaronsi, ripetute volte, piccole bolle; ma, al riguardo, non ricorda altro. Attualmente però, le gengive non sono nè infiammate, nè ulcerate, nè dolenti, ma semplicemente ipertrofiche.

L'autore ritiene che in questo caso l'ipertro-

fia gengivale non sia punto congenita.

Siccome l'intiero organismo presenta le note d'un arresto di sviluppo, non è affatto probabile, che in un' unica parte del corpo, cioè nelle gengive, siasi avuto invece un eccesso di sviluppo. E' assai più verisimile, che il tessuto gengivale abbia avuto, congenitamente, un' organizzazione imperfetta, e che, in tal tessuto imperfettamente organizzato, la dentizione, causa frequentissima di gengivite e talvolta d'ipertrofia gengivale transitoria, abbia determinato, a più riprese, precessi flogistici, con esito in ipertrofia permanente di grado altissimo.

Tuttavia, in certi casi, l'ipertrofia delle gengive è dovuta a condizioni indubbiamente congenite, come lo prova un caso del Murray, nel quale si aveva ipertrofia gengivale di alto grado, in diversi fratelli e sorelle. Tali individui del resto, avevano uno sviluppo somatico non inferiore al normale, e, d'altra parte, l'ipertrofia non concerneva esclusivamente le gengive, giacchè in diverse parti del corpo si osservano inspessimenti della pelle, nodosità, ed altri fatti

ipertrofici.

Humphry raccolse nella letteratura ben dieci casi d'ipertrofia gengivale, e riferi un caso suo proprio, nel quale l'ipertrofia era unilaterale. In alcuni di tali casi, l'ipertrofia era certarente congenita, essendo stata notata sin dalla nascita. Qualcheduno dei rispettivi individui presentava grossi nei in diverse parti del corpo; in uno di essi esisteva ipertricosi generale.

Nove degli undici casi di H u m p h r y concernevano donne. L'intelligenza era assai poco sviluppata in alcuni casi. Uno dei pazienti era sordo (The Edimbourgh Medical Journal, febbraio 1897).

Logav

RIMEDII NUOVI

Cordole, Cerdilo e Cardeina

Rosenberg ha preparato nel suo laboratorio di chimica in Berline, tre nuovi corpi cui ha dato i nomi saddetti (*Der Frauenarzt e Independ. Med.*, 8 marzo 1897).

Il cordolo è del tribromosalolo: la combinazione di questo con l'acetilene dà il cordolo, mentre, combinato col metolo si ha la cordeina.

Le esperienze cliniche riguardano specialmente i due primi composti, giacche per la cordeina esse sono ancora insufficienti per fornire delle conclusioni.

Il cordolo è stato somministrato alla dose di 50 centigr. a 2 gram. ripetuta tre-quattro volte nella giornata, sensa inconvenienti di sorta, facendo dopo ogni presa, bere un bicchiere di acqua. Esso sgisce come ipnotico. In uno dei casi in cui fu adoperato, bastò la dose di gram. 1.50 per dare un sonno che durò tutta la notte, e per otto notti di seguito non vi fu bisogno di altra somministrasione. Il destarsi è perfettamente normale, sensa cefalea o altro disturbo.

Il cordolo diminuisce la frequenza aumentata del polso, se essa dipende da causa riflessa, arresta anche le emorragie (siccome l'autore ha sperimentato in donne con flussi mestruali che duravano da più di otto giorni) i crampi di stmaco e gli spasmi in genere.

Licetele

Si è dato questo nome al tartrato di dimetilpiperazina. Esso agisce al pari della piperazina nella gotta e nella diatesi urica, col vantaggio che all'azione dissolvente della piperazina sull'acido urico, aggiunge quella del composto tartarico che nell'organismo, al pari dei sali ad acidi organici, si trasforma in carbonato, alcalinizza il sangue e agisce da diuretico.

Secondo Henle e Wittsackl'uso continuo del licetolo evita quasi sempre il rinnovarsi degli accessi gottosi e non arreca alcun inconveniente, mentre migliora notevolmente le urine degli infermi.

Tallenaere (Belgique med., 28 gennaio 1897) ha anch' esso sperimentato con vantaggio il licetolo e ritiene che esso, pur non essendo uno specifico della gotta cronica e del reumatismo, è an rimedio prezioso di questa malattia.

La dose ordinaria è di gram. 1,50-2 nelle ventiquattr'ore, ed ogni presa si fa seguire dall' ingestione di un bicchiere di acqua. M.

IL MEDICO PRATICO

Cura farmaceutica dell'ebosità

La cura dell'obesità, serivono Proust e Mahtie u nel loro recente libro sull' e Hygiene des obèses », è una di quelle in cui l'empirismo ha fornito maggior copia di ricette ingenue estrane, e il ciarlatanismo ha avuto maggior corso. Così è curiosa la lista dei medicamenti consigliati in diverse epoche, dall'aristolochia lunga, il polium, la centaurea adoperata da Galeno, sino all'aceto scillitico vantato da Stephanus da Venezia, ed al « fucus vesiculosus » di Duchesne Dupac, da lungo tempo caduto in disuso. Il salasso proposto più volte è oggi anch'esso abbandonato, poichè è noto, siccome già fu osservato dal Cullen, che esso ansi favorisce l'obsità.

In questi ultimi tempi, i messi proposti possono (Journal des pratic., 20 febbraio 1897) riassumersi nei seguenti: purgativi, alcalini, joduri. I purgativi devono, pertanto, occupare solo un posto secondario nella cura dell'obesità e convengono specialmente agli obesi con pletora addominale spiccata, ai cardiopatici, ai malati con tendenza alle congestioni, specie del fegato. Chi alcalini sono comunemente vantati, ed il Gubleri che soleva all'unoro adoperare il liquore potassico decla

che soleva all'uopo adoperare il liquore potassico degiinglesi, attribuiva ad essi appunto la proprietà di provocare l'eliminazione del grasso mediante la secrezione sebacea. L'acqua di calce, i bicarbonati alcalini, le acque alcaline minerali sono quindi indicati, sia diret tamente come mezzi di cura riduttrice, sia indirettamente agendo sullo stato generale diatesico, ma essi convengono solo agli obesi nelle cui urine si trova molta urea od acido urico, laddove sono controindicati nella gotta atonica e nell'arterio-sclerosi. L'iodo in natura ed il joduro di potassio o di sodio sono indicati nei sifilitici, negli asmatici, negli ateromasici, nel renmatismo deformante e nei gioveni obesi scrofolosi. Essi però riescono facilmente dannosi psi di sturbi digestivi che inducono e quindi spesso oggi sono messi da banda nella cura dell'obesità in genere.

La cura medicamentosa che oggi invece si commenda consistenell'uso del succo di tiroide o dei preparati che si ricavano da esso. Siffatta cura ha in effitti il vantaggio di far dimagrare, senza che si sia obbligati a seguire un regime alimentare troppo li nitato e sovente intollerabile.

I migliori preparati oggi commendati sono: 1. la glandula 'tiroide in natura (1₁2 lobo prolis, cioè quasi 50 centigr.), che si può conservare triturandola e tacendone una gelatina densa con glicerina e borato di soda, quindi somministrare in ostia; 2. la polvere della glandula tiroide, in ostia o in pastiglie, cominciando con dosi di 10 centigr.; 8. la tiroidina di B aumann, (da gram. 0.50 · 1,50 in due volte ed a pranzo) che in commercio si trova mescolata a succhero di latte in modo che un grammo della miscela corrisponde a 1 gram no di glandula fresca. Però, com' è noto, la cura col succo tiroideo dev'essere vigilata del medico, ed è inoltre controindicata quando vi ha nefrite o gli-

cosuria e deve essere sospesa appena si manifesti accelerazione permanente del polso, ovvero aritmia, dei bolessa del polso o compariscono i così detti segni di tiroidismo (anoressia, malessere generale, irritabilità nervosa, insennia, tremore, dolori dorsali e lombari, tandenze alle lipotimie ed alla vertigine).

Gió posto, noi crediamo che son pochi i casi in cui la cura tiroidea possa introdursi, giacchè le adiposi, specie avanuate, sono accompagnate appunto da disordini cardio-vascolari, e allora bisogna contentarsi dei vecchi farmachi e sopratutto ricorrere ad una alimentazione ed igieze corporale adatte.

M.

FORMULARIO

Contre le epistassi ribelli

Rendu consiglia di prendere a pissicate, più volte al giorno, della polvere seguente:

Antipirina	centigram.	50	
Tannino	gram.	1	
Zucchero in polvore	•	10	

VARIETA'

L'interruzione del coito peme causa di neurastenia

L'argomento non è nuovo e ne tratta anche il Bergeret nel suo ben noto trattatello delle frodi genitali, facendone risalire l'origine ad Onan della Bibbia, ed attribuendo a siffatta frode svariati disturbi nervosi.

Senonché la neurastesia allora non era di moda, ed oggi che essa si vede un pò da per tutto e che invero è malattia così frequente, è bene ricordare che recentemente Tschisk di Pietroburgo si è occupato delle relazioni che passano tra la neurastenia e l'interruzione del coito.

In 17 persone maritate di condizione agiata e senza labe neuropatica ereditaria egli ha osservato che la interrusione abituale e forzata del coito ha indotto uno stato neurastenico notevole accompagnato spe cialmente da senso di paura, da fobie diverse.

Di questi infermi undici apparten vano al sesso maschile il che si spiega, perchè è appunto nell'uomo maggiore il danno, dovendo egli agire con tutta la volontà, in un momento in cui questa è invece sopraffatta dai sensi, per arrestave il compimento normale del coito. La soppressione della cattiva abitudine face rapidamente scomparire i sintomi nervosi in tutti gli ammalati suddetti.

Noi crediamo che ogni medico ha nella sua prati-

ca dei casi che potrebbero aggiungersi a quelli del Tschisk ed è per ciò che il fatto deve aversi pre sente nella consultazione del neurastenici.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Frontino (Urbino). Condotta a cura piena. Stipendio lire 1200.

Scadenza 80 marzo.

Montiano (Forli). Condotta a cura piena. Stipendio lire 2200 e casa di abitazione gratuita. Scadenza 20 marso.

Acquasanta. (Ascoli Piceno). Concorso ad una delle tre condotte medico-chirurgiche per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 8000 nette di R. M. obbligo della cavalcatura. L'eletto deve sesumere il servizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina. Il concorrente oltre; soliti certificati deve produrne anche uno che comprovi di essere stato per almene tre anni Direttore od Assistente in qualche Ospedale.

Scadenza 15 marso.

Cattedre universitarie

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Mslaso. — Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani chi raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

I signori abbonati che hanno ricevuto la mestra circolare e nen ancera hanno adempite a quante in essa si chiedeva, le facciamo noto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dopa tale tormine spediremo il ricevo gravate delle spese eccorrenti. Sommano. — 1. Questioni del giorno. Sulla questione cella contagiosità della lepra. — 2. Lav ri originali. Ospedale dei Pellegrini in Napoli. Un caso di laparotomia per ferita del fegato, pel dott. Nicola Longo. — 3. Bivista di Clinica. Clinica pediatrica della Fondation Vallée (Bourneville e Mettetal). Meningo encefalite cronica o idiosia meningo encefalica. — 4. Bassegna della stampa. — Patologia e clinica medico-chirurgica. — Ginecologia ed ostetricia. — 5. Formulario.

QUESTIONI DEL GIORNO

Sulla questione della contagiosità della lepra

Nel n. 50, a pag. 599, abbiamo pubblicato un interessante articolo che studiava la contagiosità della lepra da un lato tutto batteriologico. Oggi pubblichiamo un sunto di un articolo di H u t-c h i n s o n comparso nel « The Edimburg Med. journal» (Febbraio 1897) in cui siffatta questio ne è riguardata da un punto di vista generico, rilevandosi anche qui la controversia che esiste tra i sostenitori e gli oppugnatori della contagiosità della malattia, controversia che continue-rà forse per lunga pessa.

La scoperta di Hansen, com'era naturale, ha confermato nella loro opinione quelli che credono alla contagiosità. «Se la lepra è un'affesione bacillare, dicon costoro, essa dev'essere contagiosa». Ma tale ragionamento aprioristico ha ben poco valore. Nulla impedisce di pensare, che una malattia infettiva possa non essere contagiosa o non avere che una contagiosità addirittura minima; che per ciò non può dar luogo logicamente, a severe misure profilatt che.

I sostenitori della contagiosità della lepra, passando un po' troppo rapidamente dalla teoria alla pratica, domandano leggi e regolamenti per una segregazione obbligatoria dei leprosi. Alcuni di essi affermano che, per la mancanza di tali misure coercitive, la lepra trovasi in aumento quasi dappertutto. Ma quest'asserzione è, in gran parte, falsa. Non v'ha dubbio che, negli ultimi cinquant'anni, il numero dei leprosi è aumentato nelle Isole Sandwich, in Australia, in California e nel Capo; ma esso è aumentato per una ragione semplicissima, cioè per la grande immigrazione di chinesi e malesi. L'aumento dei casi di lepra è stato anche affermato per la Rissia, l'Islanda e qualche altro paese; ma il preteso aumento è, quasi certamente, frutto di una illusione: negli ultimi tempi, la malattia è stata studiata con grande interesse; perció le statistiche mediche hanno registrato un maggior numero di pasi che non per lo passato, quando i casi di lepra, non essendo oggetto di speciale attenzione,

passavano spesso o non osservati o non registrati. E' accaduto per la lepra, in certo qual modo, lo stesso che per l'appendicite: la grande frequenza di quest'affezione si è vista solo ai giorni nostri, appunto perchè la malattia è stata studiata con grande interesse.

Quanto alle Indie, la commissione colà inviata dall'Inghilterra per riferire intorno alla questione della lepra, ha espresso l'opinione, in base alle ricerche fatte su tal riguardo, che la lepra sia ivi in decrescenza.

In Londra e nel resto dell' Inghilterra, malgrado i rapporti ognor crescenti con diversi paesi nei quali la lepra è endemica, questa malattia è ora più rara di quel che era 20 o 30 anni addietro; e l'autore non ha occasione di presentare ai suoi discepoli un nuovo caso di lepra, se non a lunghi intervalli. Del resto i casi di lepra osservati in Inghilterra sono, senza alcuna eccezione, tutti importati da altri paesi: nell'ultimo mezzo secolo non è atato osservato, in Inghilterra, alcun caso di lepra non proveniente direttamente dalle colonie.

Quantunque, dopo la scoperta di Hansen. l'attenzione della classe medica sia stata potentemente attirata verso l'affazione in discorso, tuttavia i fatti, citati a sostegno della contagiosità della lepra, sono ancora estremamente scarsi. L'inoculazione di Kean u. alcuni casi occorsi in Glasgow, nei quali la lepra sarebbe stata trasmessa con la vaccinazione ed il caso di Dublino, quello cicè d'un leproso che avrebb; contagiato un suo fratello, questi sono tutti gli elementi di prova addotti dai sostenitori della contagiosità, e ripetuti invariabilmente, ogni volta che si discorre di tal soggetto. Or bene: contro ciascuno dei tre accennati fatti ci sarebbe molto da obbiettare; ma anzichė entrare in discussioni al riguardo, è preferibile far notare l'estrema insufficienza delle prove addotte, di fronte a fatti estremamente numerosi, che parlano contro la contagiosità della lepra. Così anno per anno ritornano dalle colonie, o vivono senz'alcuna precausione tra i loro parenti ed amici, molti inglesi, che hanno contratto la malattia in paesi, ove essa è endemica. Ma, ad onta di ciò, non si verifica mai alcun caso di contagio.

Ua esempio ancora più luminoso è il seguente: dalla Norvegia, dove lo spednisched (cioè la lepra,) è mala: tia endemica, il movimento d'emigrazione trasporta ogni anno negli Stati Uniti un gran numero di leprosi; con tutto ciò, non è stato mai segnalato alcun caso di trasmissione della malattia ad abitanti di questo paese.

Del resto, un argomento validissimo contro la contagiosità della lepra può trovarsi nella Storia. V'è state un tempo, nel quale i casi di questa malattia erano frequentissimi, cesì in Inghilterra, come nel resto d'Europa. Ma a poco a poco l'affezione, meno in limitatissime regioni, si è estinta quasi del tutto; il che difficilmente sa rebbe accaduto, se si fosse trattato d'una malattia contagiosa.

Insomma, tutto porta a credere che la lepra non sia una malattia contagiosa, e che l'endemicità di essa in alcuni paesi dipenda da condizioni peculiari ai medesimi, le quali favoriscono lo sviluppo del bacillo di Hansen fuori dello organismo umano e la penetrazione in quest'ultimo, probabilmente con gli alimenti. Molti fatti fanno ritenere probabile che in certi paesi, l'infesione leprosa venga principalmente dai pesci: per cui, nelle regioni infestate dalla lepra, è importantissima pre auzione profilattica quella di non mangiar pesci, se non a condizione che siano freschissimi e perfettamente cotti. (The Edimbourgh Medical Journal, febbraio 1897).

Loddo

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEI PELLEGEINI IN NAPOLI. — UN CASO DI LAPAROTOMIA PER FERITA DEL FEGATO, pel dott. Nicola Lorgo.

Oredo utile pubblicare questo caso a solo scopo di apportare il mio modesto contributo allo intervento chirurgico delle ferite del fegato.

La sera del 2 luglio u. s. fu ricoverato nello ospedale dei Pellegrini, l'impiegato Uvo Gennaro, di anni 25, da Napoli, che in rissa era stato ferito di coltello alla regione epigastrica.

Constatai, infatti, una ferita lunga tre centim. circa e profonda in cavità, come rilevai col dito esploratore, reso asettico.

Il grado notevole di anemia dell'infermo, la fuoriuscita di una discreta quantità di sangue dalla ferita, facevano facilmente pensare alla lesione di organi sufficientemente forniti di sangue, e però, tenuto conto della sede della lesione, ad una probabile ferita del fegato.

Cloroformizzato l'infermo, mi accinsi senz' altro alla laparotomia, con il valido aiuto dei miei amici dottori N. Furgiuele (1), G. Furgiuele ed E. Menzione.

Praticai un' incisione di dodici centim. all' incirca che, cominciando un pò in dentro dalla ferita ed attraversandola, si prolungava in fuori ed a destra parallelamente ed alcuni centim. in sotto dell' arcata costale. Aperto così largamen-

te l'addome, non mi fu difficile riscontrare sulla faccia anteriore-superiore del lobo destro del fegato, una ferita lunga circa due centim. e profonda altrettanto, dalla quale veniva fuori abbondante quantità di sangue.

Rapidamente procedo all'epatorrafia.

Facendo fare una modica trasione in alto sul margine costale, per procurarmi spasio maggiore, con un ago cilindrico curvo, armato di seta, dò due punti profondi nella spessessa del fegato, che, penetrando ad un centim e messo circa dal margine superiore della ferita, uscivano alla stessa distanza in sotto del margine inferiore. Ad evitare che con la trazione sui fili venisse danneggiata la sostanza epatica, stringo i nodi solo dopo aver portato a mutuo contatto i margini della ferita. Ottengo rosì un' emostasi perfetta.

Fatto poi un rapido esame dello stomaco, del colon e del tenue de assicuratomi dell' assenza di altre les oni, chiudo l'incisione addominale con sutura a piani della ferita. Medicatura solita.

Il decorso post-operativ, non poteva essere migliore: l'infermo dopo 14 giorni dall'operazione, completamente guarito, abbandona l'ospedale.

Ed ora poche considerazioni.

Il Mazzarini (2) in un suo lavoro sulla chirurgia epatica, pochi anni or sono conchiudeva: «il giorno nel quale il fegato inciso verrà scoperto con la laparotomia, suturato e l'infermo portato a guarigione, quel giorno segnerà un nuovo trionfo della chirurgia addominale. Oggi invece non vi ha più chirurgo che non sia convinto della possibilità o meglio della faciltà con cui si può dominare una emorragia epatica, tranne quella dei grossi vasi che è fatalmente mortale, e con vera soddisfazione può dirsi che il trionfo si è avuto e la speranza è divenuta realtà.

Nel cerso di pochi anni è venuto man mano allargandosi il campo operativo su questo viscere, e va tributata meritata lode all'Escher (3), Dalton (4), al Langenbech, al Broca (5), al Thornton, al Baeckel, all'Adler (6) e

⁽¹⁾ Ringrasio sentitamente il dott. N. Furgiuele per avermi ceduto il caso.

^{(2) «}Arch. ed atti della società italiana di chirurgia», 1888.

^{(8) «}Arch. ed atti della società italiana di chirur gia», 1898.

⁽⁴⁾ Trieste 1888, citato da Broca.

^{(5) «}Weeckly med. Review». 4 ottobre 1890.

⁽⁶⁾ Broca, Deux laparotomies pour plaies du fois «Mouvredi mèdical», 1891.

specialmente ai chirurgi romani (Poste mpski, Scalzi, Montenovesi, Micheli) (1) i quali hanno arrecato un largo contributo alla sutura nelle ferite epatiche con numerosi casi di guarigione.

In generale può ritenersi che due vie ha il chirurgo per operare sul fegato: l'addominale e la toracica.

Il taglio delle parti molli sulla linea alba o su di una linea trasversale parallela all'arco costale è sufficiente per aggredire il fegato e dominare le emorragie da ferite del lobo sinistro, della parte bassa del lobo destro e di tutta o quasi tutta la superficie inferiore concava dell'organo.

Ma la faccia convessa del fegato, e propriamente la cupola sotto-diaframmatica di esso, offre, invece, maggiore difficoltà ad essere aggredita.

Si tentò dapprima di seguire la via che Israel e Gensmer adoperavano per raggiungere le cisti idatiche della superficie posteriore del fegato, via che in seguito venne anche meglio tracciata, allorchè fu istituita la terapeutica attiva delle ferite diaframmatiche.

Ma dopo gli studi del Postempski per la cura delle ferite del diaframma, e la dimostrazione clinica del Postempski stesso e del Loreta di suturare una scontinuità chirurgica e traumatica del fegato, fu facile pensare a suturare tutte le ferite della cupola epatica dalla via del torace coi vari processi di toracotomia. Ed oggi a tutti questi si è aggiunto anche uno altro nnovo processo per opera del Micheli. Ed essi sono i seguenti:

1.º Un primo processo è quello di Horoch che consiste nel resecare una o due costole per la lunghezsa di 5 e più centim., aprire largamente la pleura, allargare la ferita diaframmatica per quanto è necessario a scovrire la ferita epatica ed apportarvi gli opportuni aiuti chirurgici per assicurare l'emostasi. In seguito si richiude la ferita diaframmatica e la cavità pleurica.

2.º Il Poste mpski (2) mercè una resesione temporanea di due a quattro costole, forma un lembo costo-plastico che viene solo temporaneamente sollevato. A tale scopo si fanno due incisioni verticali laterali, con resezione doppia temporanea delle costole sottostanti, ed una incisione orizzontale condotta nello spazio intercostale che riunisca le due prime in basso. Si avrà così un lembo quadrangolare o ad U che si ripiega in alto e che permette facilmente accedere sul fegato, come è dimostrato da due casi operati dal Postempski (8) stesso.

8.º Il processo di R,y d y g i e r cioé la formasione di un lembo toraco-plastico ma a sezione unica delle costole. Si fa un' incisione di 12 centim. circa nel 5º spasio intercostale che segue il decorso delle costole e che cominci un pò infuori della parasternale, e dall' estremo di questa se ne fa un' altra verticale con la quale tagliansi tre o quattro costole, arrestandosi in sopra delle inserzioni diaframmatiche. Ne risulta così un lembo triangolare con base in basso sull' arcata costale e che può essere facilmente ri piegato in basso ed in dentro per l'elasticità delle cartilagini sterno costali.

Il processo Micheli (4), al quale l'autore stesso ha arrecato recentissimamente alcune modificazioni, che però riflettono soltanto le incisioni cutanee per la formazione di un lembo costo diaframmatico, che pur comprendendo nel suo seno lo spazio pleurico complementare, non lo apre perchè il diaframma resta integro.

Secondo il processo originale, l'autore consiglia o una incisione cutanea fatta a croce, di cui la branca verticale è costo addominale e la trasversale è parallela al margine costale ad un centimetro al di sotto di esso, ovvero una incisione, di cui una branca è tutta addominale, un'altra è parallela al margine costale, e le due laterali superiori sono costali e seguono le linee sulle quali debbono farsi le piccole resesioni costali per mobilizzare lo sportello costo-diaframmatico.

Con le successive modifiche apportatevi, il Micheli divide il suo processo in tre tempi:

1.º Tempo. — Incisione delle pareti toraco-addominali mercè due tagli, di cui il primo, cominciando dal margine inferiore della quinta costola e decorrendo un poco in fuori della linea parasternale destra, lievemente obliquo dall' alto e dall' interno verso il basso e l' esterno, scende lungo il margine esterno del muscolo retto per

⁽¹⁾ Adler. « Mercredì mèdical», 1891.

⁽²⁾ Atti della società italiana di chirurgia, X Congresso.

⁽⁸⁾ Postempski. Attidell'XI Congresso medico internasionale, 1898.

⁽⁴⁾ Loc. cit.

⁽⁵⁾ Micheli. Contributo alla chirurgia epatica, «Arch. ed atti della società italiana di chirurgia». Ano no XI. Decima adunanza.

terminare quasi a livello di una linea trasversale che passi per l'ombelico. Il secondo taglio poi, cominciando pure dal margine inferiore della quinta costola destra, ma sulla linea ascellare anteriore, decorre in basso fino al margine costale con lieve obl'quità innanzi. Giunto sul margine costale, seguende ana linea a concavità rivolta in alto, il cui punto più basso sta tre centimetri sotto il margine costale stesso sulla mammillare, va a raggiungere la prima incisione nell' unione della sua porzione toracica con quella addominale.

2.º Tempo.—Costotomia ed apertura del ventre.
Tagliato il periostio ed isolato col raschiatoio
un tratto di osso, per circa un centimetro, su
tutte le costole comprese nei tagli fatti sia lungo l'ascellare anteriore come sulla parasternale,
si praticano delle resesioni lineari e cuneiformi
delle costole stesse. S' incide poi il peritoneo
lungo tutte le incisioni addominali.

3.º Tempo. — Sollevamente del lembo costodiaframmatico dalla faccia anteriore del fegato.
Questo sollevamento, ancorchè limitato dalle inserzioni diaframmatiche al margine costale, permette un allontanamento di sei dita trasverse
dalla faccia anteriore del fegato. Se tale spasio
non bastasse, si potrebbero incidere anche le inserzioni diaframmatiche per circa un centimetro,
senza tema di aprire la cavità pleurica o di arrecare disturbi respiratori pel sollevamento esagerato del diaframma. S'intende da sè che tutte
queste incisioni debbono essere suturate.

(continua)

RIVISTA DI CLINICA

Clinica Pediatrica della Fondation Vallèe (Bourneville e Mettetal)

Moningo encofalito eronica o idiozia meningo-encofalica

P. E. nata a S. Ouen il 16 ottobre 1888, ricoverata in Clinica il 2 maggio 1895.

Il padre soffri di reumatismo, emicrania, traumi al capo; una sia e due zii sordo-muti; zia paterna prostituta; la madre soffri di corea a 18 anni, poi di emicrania, reumatismo; nonno morto per eccessi di alcoolismo e tabacco, emicranico, di carattere violentissimo; noana materna irascibile; ava materna alienata; sia materna bevitrice; fratello morto di meningite. Fra il padre e la madre della bambina corrono 12 anni di differenza però non vi era consanguineità.

Al momento del concepimento i genitori della bambina erano agiati e contenti. La gestazione fu normale, non traumi, non emozioni; la madre era contenta di vederei incinta.

Durante la gravidanza, l'emicrania di cui la madre soffriva, scomparve completamente ed anche durante l'allattamento. Parto a termine, regolare, presentazione pel vertice; durata del travaglio 6 ore; idramnio. Allattamento materno per 6 mesi, poi al biberon; svessamento a 18 mesi. Primo dente a 7 mesi, deglutizione completa a 2 anni e messo, epoca in cui cominció a parlare; deambulasione a 18 mesi.

All'età di 18 mesi la bambina ebbe convulsioni generalizzate; essa ebbe due accessi, il primo durò 24 ore, il secondo (dopo 2 giorni) 48.

Prima di queste convulsioni la bambina era normale come ogni altra, ma la parola era tarda, benchè essa potesse pronunciare un certo numero di parole. Dopo questi accessi convulsivi, la infarma rimase 15 giorni a letto con febbre e delirii; sollevando il capo, questo ricadeva dall'un dei lati, la fanciulla strideva i denti.

Dopo 15 giorni ella si levò, sensa alcuna paralisi e sensa notevole diminusione della intelligensa; solo era alquanto dimagrata.

A 7 anni fu mandata a scuola: nei primi sei mesi non apprese nulla, ma poi, progressivamente imparò a leggere ed a scrivere; apprese le 4 regole fondamentali aritmetiche ed aiutava la madre a far di conti.

Ad 11 anni, trovandosi in un cortile, essa fece due volte il giro su sè stessa e cadde al suolo priva di sensi con gli ecchi torti ed arti di destra irrigiditi. A sinistra, nulla; non soosse, non emissione involontaria di fecce.

Dopo 2 ore l'inferma riacquistò i sensi.

La bocca e la metà destra della faccia erano tirate verso destra; per 4 giorni il lato destro rimase più debole del sinistro. La bambina trascinava addirittura l'arto inferiore destro però poteva mantenere gli oggetti nella mano dello stesso lato, ma solo per pochi secondi.

Dagli 8 ai 9 anni soffrì di elmintiasi (ascaridi) ma non presentò mai fatti sorofolosi, artritici, adeniti, geloni o malattie cutanec. Essa non ha mai subito il minimo trauma cefalico nè ha avuto percosse, poichè non fu mai maltrattata. Attualmente la bambina non ha memoria, è apata, non ragiona, non ferma la sua attensione sopra veruna cosa.

Sa ancora leggere qualche poco, scrivere e oucire; fisicamente rassomiglia più al padre, Psichicamente più alla madre. Tendensa invincibile al senno; la madre dice che, se non la svegliava sarebbe stata capace di dormire giorno e notte.

Il suo sonno era calmo, senza scosse, nè crisi.

Vista alquanto indebolita, si constata un certo grado di miopia; udito, olfatto, gusto, normali; la fanciulla non ha mai sofferto di rossola, nè d¹ scarlattina o vaiuolo. A 8 anni ebbe una tosse convulsiva molto forte che durò 6 settimane.

Al 11 anni e 8 mesi ebbe una nuova azisi, durante la quale, ad un tratto il capo si reclinò in avanti; il lato destro del corpo subito si paralissò.

Dopo essere rimasta 4 ore sensa conoscensa, sensa scosse o tremore, a destra si constatò la stessa devissione della faccia e della bocca.

Durante le 8 settimane seguenti, la fanciulla non potè deambulare; essa rimase senza parola per 15 giorni. Poi, parola e movimenti ritornarono progressivamente.

In seguito a queste crisi, il carattere diventò triste e violento; a poco a poco la P., diventò castiva verso gli altri suoi coetanei, essa li batteva, li pissicava, li graffiava; la madre constatava che essa era meno obbediente e più testarda.

Aveva istinto di furto; dovunque andave, rubava confetti, spilli, carta, figure; mai danaro; era turbolenta, rustica, cercava di mordere e più volte tentò di appiecare il fuoco alle case.

Negli ultimi tempi il suo appetito era esagetrato; mangiava tutto in eccesso ed alla rinfusa; masticava male; defecazione normale. Qualche volta dopo il pasto la fanciulla diventava pallida, poi molto colorita ed allora, testa ed opecchie prendevano un colorito cremisi. Nel febbraio 1895 nuove crisi durante il pasto, con gli stessi caratteri delle precedenti; durata 2 ore.

Condotta al Trousseau, la bambinavi rimase 8 giorni e ne usci con la gamba destra strascicante, con parola molto imbarazzata e con audamento rigido. A quest'epoca essa si lagnava di cefalea (ogni 8 o 4 giorni) che si accompagnava a vomiti bilicei, analoghi a quelli che si osservavano durante gli accessi emicranici della madre.

Stato attuale (17 maggio 1895). Aspetto generale buono, viso espressivo ma non di molta intelligenza.

Capelli impiantati regolarmente. Cranio regolare, simmetrico, arrotondito, di volume medie, pon offre nulla di anormale; viso rotondo, sensa cicatrici; arcate sopraciliari regolari, palpebre mobili, di media grandessa, rima palpebrale larga. Occhi sani, mobili in ogni diresione; non esoftalmo, nè strabismo o nistagmo; reasione pupillare normale; acutessa e campi visivi normali; non diplopia o poliopsia. Zigomi eguali, bocca piccole, labbra pallide, palato e velopendolo regolari; lingua larga e spessa; amigdale normali; riflesso faringeo conservato; gusto normale, denti sani e bene impiantati.

Il mento è rotondo e di dimensione media, situato simmetricamente per rapporto al mascellare inferiore.

Quanto alle orecchie, solo il trago è poco sviluppato. Il collo ha una circonferenza di 28 am; la tiroide è piccola ma apprezzabile; non gozzo, nè ganglii.

Torace, addome ed organi in questi contenuti, normali; selo la milsa sfugge alla persussione.

Corpo completamente glabro, nessuno sviluppo di mammelle; monte di Venere sfornito di peli; grandi labbra spesse e poco sviluppate; piccole labbra triangolari, clitoride saliente, imene circolare. Regione anale normale.

La forma delle braccia è normaie, così pare le dimensioni di queste; agli arti inferiori egual. mente nulla si nota che sia anormale.

Motilità, sensibilità termica, dolorifica, tattile, normali. L'emiplegia destra manifestatasi con i primi attacchi cerebrali sembrava completamente svanita.

Dal 20 maggio al 15 decembre fu fatta la cura idroterapica; a questo momento essa parla com lentessa, ma bene, e risponde alle demande che la si fanno, però dopo un serto tempo. Un po' miope, ferma facilmente la sua attensione sur un oggetto qualunque che essa fissa abbassando la testa; è poco svelta e difficilmente schersa con le compagne; però sale con facilità le gradinate. Mangia bene, servendosi della forchetta e del quechiajo; ha una certa preferensa per le sostanse succherine, il vino ed il latte.

Si veste da sola, ma non può pettinarsi da sè; ha una ceraa ripugnanza per lavarsi ed asciugarsi.

Sonno calmo, carattere indifferente; non presta attenzione a ciò che le si dice e non si commuove ai rimproveri.

In classe è quieta, ma distratta; appena puè laggere qualche lattera. Sa formare le sue lettere, concece bene le sue cifre, conta fino a 100. Conosce i principali particolari e le diverse parti

del suo corpo e delle sue vesti. Esegue i movimenti elementari di ginnastica ma con molta lentezza.

Nel febbraio 1896 è colpita da geloni ai piedi ed entra in infermeria ove resta fino all' aprile 1896; a quest'epoca il deperimento intellettuale si accentua; la P., è ormai incapace di servirsi dei suoi arti; le gambe si piegano, essa trema costentemente. Il suo sonno è agitatissimo, declama la notte, canta per ore intere, lacera le vesti ed altro.

Nel maggio e giugno il decadimento è quasi completo; la bambina non parla più, non si muove, è incapace di camminare.

Nel letto si muove appena; mangia i suoi escrementi e se ne inbratta il volto.

Se qualcuno le si avvicina, ha paure, cerca di nascondersi e guarda inebetita se le si rivolge la parola. Pupille dilatate, la destra più che la sinistra ; faccia pallida, sguardo vuoto; tremore linguale spiccato. Nessuna ressione febbrile.

7 luglio. — Vasto vescicatorio al capo sensa effetto apprezzabile.

9 settembre.-La fanciulla peggiora sempre.

Si nota contrattura sgli arti inferiori; questi sono flessi ad angolo acuto. Le cosce sono flesse sul becino, le gambe sulle cosce.

La contrattura è tenace e si vince con diffi coltà. L'inferma è molto magra, rifiuta di mangiare; la si sostiene con kola.

Assenza di fatti enterici o pneumonici.

2 ottobre. — La P., si trova in uno stato di profonda cachessia. Ha paura se alcuno le si avvicina, pliche frontali e facciali molto evidenti pupille dilatate, sensibilità tattile diminuita. Di tanto in tanto, specie di notte, essa emette un grido di idrocefalico; spesso disgrigna i denti. Il braccio destro è fortemente contratto e l'avambraccio è flesso sul braccio; dita piegate ad uncino. Nulla ai polmoni.

La giovinetta prende latte in quantità sufficiente

Le due cosce sono in completa addusione e flessione sul tronco. Le gambe sono flesse, i calcagni contro le natiche. A destra la contrattura dell'anca è tanto accentuata che è imposs'bile fare stendere la coscia sensa far gridare la degente. Il collo e le dita del piede sono flessibili. Si osservano escare al calcagno, alla tuberosità dell'ischio, alla spina iliaca antero-superiore. A sinistra la contrattura è un po' meno accentuata; anche quivi si notano escare.

L'inferma non riconosce alcuno, risponde per mono illabi alle domande, caccia la lingua, ride, rompe quanto le capita sotto mano.

28 ottobre.—Peggioria notevole. Darante la notte la P. ebbe una convulsione che durò 814 d'ora e con una elevazione termica di 89º.7.

29 ottobre.—La melata è estenuata, non mangia più, non parla più; non ricone see alcune; di tanto in tanto emette un grido stridente. La contrattura si esagera ancora.

Le escare si estendono a tutta la regione sacrale. T. R.-87°,5. Sera T.R.-86°,4.

Il 80 ottobre, denutrizione completa. La bambina è raggomitolata su sè stessa, più non esegue movimento alcuno. Solo le dita tremano sempre. La bocca è spalancata, il polso debolissimo; l'occhio manco è tutto iniettato di sangue.

Al mattino T. R. 86°,4. Alle 2 morte; subito dopo, la morticina prende una tinta violaces.

L'autopsia fatta 38 ore dopo la morte diede: Peso kgr. 15; corpo notevolmente magro, con molteplici escare.

Torace: dal lato des ro, lievi aderenze pleuriche e polmone più voluminoso del sinistro; quest'ultimo è più piccolo, con tracce di enfisenza. Cuore normale.

Addome: stomaco con qualche ecchimosi verso la grande curvatura; intestini piccoli, raggrissati, ma sani.

Gangli mesenterici piccoli, raggrinsati, sani. Peritoneo sano.

Fegato voluminoso, iperemico; cistifellea tesa, piena di bile, senza calcoli; milsa piecola (60 gr.) appiattita; reni di volume normale, lievemente congesto, la capsula si stacca con facilità.

Collo; tiroide sviluppatissima ma simmetrica; non traccia di timo.

Testa: Cucio capelluto magro, con larga ecchimosi in tutto il terso medio anteriore. Calotta cranica molto spessa in tutta la sua totalità.

Pare quasi simmetrica benchè lievemente sporgente nella regione parietale sinistra. Fontanelle ossificate, suture normali, non traccia di sinostosi. Liquido cefalo-rachidiano un pò scarso. Dura meninge tutta inspessita, ma l'inspessimento è più accentuato al livello della fossa temporale destra. La leptomeninge è tutta iperemica.

Moltissime aderenze esistono tra pachimeninge e scatola cesea. Le diverse parti della base del cranio, i nervi olfattivi, ottici, le bandelette, i peduncoli cerebrali, le due metà del ponte, le piramidi, le olive, paiono uguali e simmetriche. La ghiandola pineale non presenta alcun che di anormale.

Cervello: I due lobi frontali sono accollati a livello dei 218 posteriori della loro faccia interna. Sulla faccia interna degli emisferi, la vascolarizzazione è notevole.

I solchi paiono come chiusi, accollati l'uno all'eltro fino alla superficie. Le due labbra della scissura silviena sono anche esse ravvicinate. Esistono nastri biancastri a livello dei solchi e dei vasi. Corpo calloso normale.

Asportando la leptomeninge, si vede che essa 6 notevolmente inspessita.

Emisfero destro; faccia interna.—Scollando la pis, si asporta quasi tutta la sostanza grigia delle circonvoluzioni del corpo calloso, della 1º frontale, del lobo quadrilatero, occipitale e temporale.

Il solo lobulo paracentrale, il solco calle so marginale e quelli che separano gli angoli del lobo cunciforme e dell'occipitale non presentano aderenze.

Nei punti colpiti si trova un accollamento delle circonvoluzioni, tale che non si possono più rintracciare i solchi di separazione.

Faccia convessa.—L's blezione della leptomeninge fa si che gran parte della sostanza grigia del lobo frontale è staccata, sulla plica parietale inferiore; sulla metà posteriore della 1ª e 2ª temporale, lo stesso fatto accadeva. Sul lobo frontale si nota notevole sviluppo delle circonvoluzioni e delle pliche di passaggio.

A partire dalla metà posteriore del lobo frontale, le due facce dei solchi non presentavano aderense e la pia madre si scollava senza guastare la sostanza grigia, specie sul solco di Rolando e sulle faccia interna della scissura del Silvio ed il lobulo dell'insula le cui circonvoluzioni sono meschine molto.

Lobi occipitali e parietali integri.

Emisfero sinistro; faccia interna. — Le lesioni sono ripartite quasi analogamente come a destra, ma sono più intense, specialmente pol a livello delle circonvolusioni frontali che sono colpite pei 814 superiori.

Faccia concessa. — Identica ripartizione delle lesioni come a destra; solo la sostanza grigia è asportata più completamente.

Ventrincoli laterali dilatati, ma specie nelle corna occipitali e temporali. Le pareti ne erano lisce e regolari. Țalami ottici e corpi striati normali. I lobi cerebellari sono esenti da aderense, regolari, simmetrici e normali.

Midolla spinale, normale.

L'autopsia, adunque, dimostrò esistere inspessimento della calotta cranica, della dura e della
pia meninge; ma le lesioni principali consistevano in una meningo-encefalite molto accentuata
e molto estesa, poichè essa occupava quasi tutta
la superficie degli emisferi (se sij eccettua il lobo
rolandico) e che, d'altra parte essa interessava
tutta la spessessa della sostanza corticale che si
asportava adesa alla leptomeninge, lasciando allo
scoperto la sostanza bianca delle circonvoluzioni.

Si avevano lesioni in tutto analoghe, dal punto di vista macroscopico, a quelle che si rinvengono nella paralisi generale dell'adulto quando questa arriva al suo ultimo periodo (Le Progres mèdical, 20 febbraio 1897).

Nacciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICO-CHIRURGICA

Sui siere Maragilase. E. Gaivegni. — Nella lezione di chiusura del passato anno al Corso di Clinica Medica in Modena, l'autore ha preso per argomento l'azione del siero Maragliano nella tubercolosi polmonare, da lui verificata.

I casi osservati furono parecchi; di essi una parte fu pubblicata già dal Casarini, un'altra, non piccola venne omessa perchè gli infermi non erano adatti allo esperimento o perchè le annotazioni fatte furono insufficienti, trattandosi di ammalati dell' ambulatorio o da ultimo perchè taluni di essi mancarono di costanza nel proseguire la cura.

I risultati ottenuti dall' autore furono soddisfacenti, ed egli non crede che ciò si debba ad una serie casuale di casi fortunati, come talora accade nelle esperiense terapeutiche, atti a condurre un medico, anche poco entusiasta, ad erronei apprezzamenti sul valore di qualche cura nuova, in quanto che trattasi qui di una malattia che ha, in complesso, un andamento uniforme nei varii anni, al contrario di altre malattie, segnatamente delle epidemiche, delle quali è ben conoscinta la variabilità dell' indole, e dove appunto una data cura può una volta produrre effetti in apparenza vantaggiosì, che non si ripetono negli anni successivi.

La conclusione generica cui l'autore è giunto è per ora questa: che il siero Maragliano è rimedio che merita di prendere posto nell'arsenale medico, ma egli non ha avuto agio, come è ben naturale esperimentando in una clinica, per la lunghezza della malattia e la ristrettezza del strerebbe pure l'attività del rimedio, sebbena dagli tempo, di continuare nei suoi infermi la cura, fino al punto di raggiungere la guarigione completa. Del resto, sarebbe stolto il pretendere che tale forma di siero terapia pessa produrre effetti pronti e definitivi come in un' infezione acuta, per es. la difterite, in cui superato il pericolo del momento, il morbo tende già per sè alla sollecita guarigione. Nella tisi polmonare la faccenda è ben altra, nel senso cioè che, ottenutosi un primo miglioramento, non è sempre facile di poter mantenere gli infermi nella condizioni propizie, sia dal lato della dieta, sia per continuare la cure, sia infine per tenerli lontani dalle fatiche o atrapazzi di egni genere, ai quali si sentono di nuovo pertati per l'ottenuto rinvigorimento dell'organismo, ecc.

Siccome è noto, i criterii dell'utilità della cura sono, secondo il Maragliano: 1. la scomparsa o quanto meno la diminusione dei fatti umidi; 2. l'aumento di peso del corpo; 8. il diminuise o il dileguarsi della temperatura febbrila; 4. lo scomparire o il diminuire dei bacilli.

Le inissioni di siero forono fatte, in gierni alterni (siccome eggi anche il Maragliano usa) e per lo più nella schiena, previa accurata disinfezione.

Non si notò alcuna conseguenza dannosa delle iniczioni, come febbre od alterezioni nelle urine, e solo in un caso su 10 si ebbe lieve orticaria in vicinanza del luogo della iniezione, orticaria che l'autore grade dipenda piuttonto da un fatto locale, che da un fatto discrasico.

Nei 10 casi di gravezza diversa studiati bene dall' autore, fenomeni solleciti e costanti furono: il ritorno del senso di benessere e delle forze, risultati che non sembrarono dovuti ad azione suggestiva od a cambiamento in meglio del vitto.

Riguardo alla febbre, nei dieci casi, solo in uno essa esisteva prima in grado lieve e scomparve dopo del tutto; però in alcuni dei casi omessi, in cui si aveano forme troppo gravi per poter trarne conclusioni, la febbre cessò, onde l'autore crede, insieme anche col prof. Generali di Modena, che il siero sia utile pure contro la febbre. Anche i fatti umidi egli ha veduto, nei casi adatti, che si mitigano o scompaiono del tutto e sollscitamente. L'aumento del poso e la scomparsa dei bazilli tubercolari segue dopo. Quanto alle alterazioni consecutive da parte dei reni, l'autore non ne ha veduta alcuna e ritiene che esse siano accidentali o dovute a dosi eccessive o all'use intempestivo del siero, siccome si sa avvenire anche per altri sieri, per es. l'antidifterico.

Come per ogni altro rimedio, l'autore crede che il siero Maragliano non possa riuscire utile in tutt'i casi, ma non gli pare ch'esso possa riusciro nocivo. Desidera però che nei casi in cui si è avuto scoppio di tubercolosi miliare, dopo un periodo di miglioramento, come si verificò in due casi della sua clinica, si ponga attenzione a tali incidenti per vedere se si tratti di un puro caso, o se invece si diano proprio circostanze in cui la cura possa rinfocolare il obbiettivo dei punti dolenti spesso non fa rilevare processo, il che in fondo, a peggio andare, dimo-

studii di laboratorio siffatto nocumento è del tuttó escluso.

L'autore tocca infine della necessità di fare una diagnosi sollecita della tubercolosi per potere combatteria meglio e del vantaggio che all'aopo può trarsi dalle iniezioni di tubercolina di Koch ch'egli, seguendo l'esempio di Marag liano, ha usato in dosi però piccolissime nella sua clinica. Si mostra tuttavia in questo più propenso ad un severo esame fisico del torage ed insiste nell'ascoltazione orale, da lui proposta già da venti anni, e seguita nella sua clinica, ascoltazione che può fare avvertire gruppi di rantoletti crepitanti che non sono percepiti affatto o male applicando l'orecchio sul petto.

L'autore quindi, conclude facendo voti che il siero Maragliano continui a dare i risultati che ha dato finora ed entri nella pratica di tutt'i medici (Clinica Moderna, anno II, n. 22-28).

li Miclema K. Ewald.—Fa Zaha, che nel 1885, fon landosi sopra alcuni casi da lui osservati, nonchè sopra altri registrati nella letteratura, costitul il quadro patologico del mieloma. A partire da quel tempo sono apparse ben poche comunicazioni sopra quest' argomento. Ad ogni modo, quel poco ch' è noto, permette già di ritemere per fermo quanto segue.

Che il trauma, in molti casi, costituisca un fattore etiologico sussidiario dell'affezione, è iniubitato. Però non è ancora bene accertate, se il trauma agisca come tale, oppure per l'intermeilo del tumore, di cui indurrebbe la comparsa, Mentre il Klebs opiqa che l'anemia, che distingue quest' affezione, preceda sempre la comparsa del tumore, altri, come per esempio il Kahler, credono che il trauma provochi il tumore osseo, che poi si moltiplica. Tuttavia, l'autore inclinerebbe piuttosto a credere, che nel mieloma trattisi, fino ad un certo grado, di una malattia costituzionale fin dal principio. Quanto all'entità da devolvere al trauma, l'autore suppone che questo agisca determinando la comparsa e l'evoluzione di un germe patologico presistente.

It quadro, che presenta la malattia, per lo più è tale, che il reperto obbiettivo è molto povero. A quanto pare, molti di questi infermi, muiono con la diagnosi di marasmo o di amiloidosi; * 86 l'autopsia non viene eseguita con tutta L'onsistezza possibile, può rimanere occulta perfino la

vera causa della morte.

A causa della natura di questa malattia, gli infermi per lo più consultano il medico. Essi socusano sempre dolori alle ossa. A differensa dell'osteomalacia, i dolori sono li<u>mitat</u>i a p^{icqoli} punti, esattamente circoscritti; aumentano sotto la pressione e nei movimenti; non sono »stanti, e di tratto in tratto raggiungono una grande intensità.

Hanno sede a preferenza nelle costole ed in generale attaccano le ossa del tronco. L'esame nulla di anormale; soltanto qualche volta si constata una leggera tumidessa dell'osso', oppure sive in questi tumori; giammai furono scoverti l'osso è assottigliato; in tal caso può anche in essi cellule giganti oppure osteoblasti. prodursi una frattura spontanea, la quale suole avvenire specialmente sulle costole. Se i focolai risiedono nelle vertebre, la cui sostanza spongiosa viene attaccata dal processo patologico, si manifestano col fatto che l'infermo assume un atteggiamento progressivamente più curvo, perchè essi determinano una cifosi angolare oppure a forma arcusta.

Gl' infermi hanno sempre un aspetto auemico, ed in ultimo vengono attaccati dal marasma, che aumenta di continuo. La temperatura dal corpo soltanto eccezionalmente è accresciuta. Auzi, uno dei tratti caratteristici della malattia, è che la temperatura è normale.

Nel sangue d'ordinario non si accerta alcun reperto abnorme. Tuttavia, in parecchi casi, durante il corso della malattia, si rinvennero segni di alterazione leucemica del sangue.

Nell'urina per lo più si rinvengono grandi quantità di emialbumosi. Ms, per lo più evvi albuminuris, giacche soltanto a Kahler riusci di determinarla sotto forma di albumosuria.

Gli organi interni d'ordinario non presentano nulla di rilevante. La milza e le glandole linfatiche per solito non sono ingrossate. In alcuni casi, però, fu osservato un quadro simile alla linfosarcomatosi (con ingrossamento delle glandole linfatiche, e talvolta anche della milza). Talvolta questo quadro si sviluppa nel corso della malattia.

Il decorso è molto variabile. In alcuni casi sopravvengono ben presto alterazioni leucemiche del sangue, e allora la malattia si avanza rapidamente a termine, e l'infermo non ha che poche settimane di vita. Altre volte, la malattia ha un decorso intermittente, e presenta periodi intervallarii, durante i quali l'infermo non è panto tormentato da dolori, e sembra come se egli avesse riacquistato completamente la salute. In questi casi la malattia può protrarsi per anni, e l'esito letale sopravviene in mezzo a marasma progressivo.

L'autopsia fa rilevare alterazioni patologiche nella midolla delle ossa tubulari, nella diploe del cranio, nelle ossa piatte. Queste alterazioni sono costituite da tumori grossi quanto un nocciuolo di ciliegia fino ad una noce avellana, molto molli, grigi, fino a rosso-grigi, i quali talvolta rigonfiano l'osso; in alcuni casi lo perforano in qualche punto, e penetrano nella muscolatura. L'apparecchio linfatico nei casi tipici apparisce inalterato, o perfino atrofico. Negli organi interni non furono mai osservate metastasi; però fu sempre constatata un' apparizione multipla nel dominio della midolla delle ossa.

Dal punto di vista istologico, è a notare che questi tumori appariscono come un tessuto, che rassomiglia molto al midollo delle ossa. Le cellule hanno una spiccata analogia di forma con i linfociti, posseggono un grosso nucleo ricco di cromatina, e sono inglobate in una reticola connettivale molto scarsa, delicata e ad ampie maglie. Giammai furono constate alterazioni regres-

E' indubitato che il mieloma presenta un'analogia con la linfosarcomatosi dal Kundrat. Così nell' uno come nell' altra può aversi uno sviluppo multiplo o regionale; così nell'uno come nell'altra si osserva un decorso periodico con esacerbazioni e remissioni, fino ad intermittense complete e talvolta anche un decorso fulmineo. E nel modo stesso con cui la linfosarcomato i attacca quasi esclusivamente le glandole linfatiche del tronco e le regioni del collo, dell'ascella e dell'inguine, così parimente vediamo che il mieloma non si presenta nelle sezioni periferiche dello scheletro delle estremità.

Sventuratamente in 1 iguardo alla cura, devesi confessare, che il mieloma, al pari del linfosarcoma, è inaccessibile ad una cura chirurgica, a causa della sua comparsa regionale (Wiener Clisische Wochenschrift; n. 7, 1897).

Meyer

Su alcuno forme d'angioma sottocutance congenite. Hutchinson.—Tra i vizi di conformazione del sistema vascolare periferico, presentano uno speciale interesse certi voluminosi tumori sottocutanei, costituiti in parte da cisti, in parte da vene dilatate. Insieme a questi tumori, esiste talvolta un'ipertrofia diffusa dei tessuti vicini, così che la parte affetta (ad esempio uno degli arti), presenta in certi casi un volume di gran lunga superiore al normale.

L'autore accenna ad un caso, da lui osservato in un giovanetto, nel quale la lesione interessava il tessuto sottocutaneo di tutto un avambraccio. La circonferenza di quest'ultimo era considerevolmente aumentata. La superficie della parte affetta era molto irregolare, e sembrava costituita da una massa di grossi cordoni; cosicchè, palpandola, si avea l'impressione come di toccare una massa di vermi. Qua e là palpayansi pure piccole masse solide, nodose. Con la pressione potevasi ottenere una certa diminusione di volume, ma ben poco considerevole. In certi punti, la pelle aderiva al sottostante tumore, ma in gran parte essa era libera. La lesione non cagionava notevoli disturbi, ed il giovinetto poteva muovere il braccio liberamente.

Un altro caso, osservato dall' autore due anni addietro, concerneva una giovinetta di 15 anni. Alla parte destra del collo esisteva una tumefasione voluminesa, non nettamente limitata, la quale era stata notata sin dalla nascita. La tumeíazione era irregolare, bernoccoluta, aderente qua e là alla pelle, la quale era alquanto pigmentata. Con la pressione, il tumore non diminuiva che poco o punto di volume.

Gli accennati tumori vanno soggetti quasi sempre, nei primi anni della vita, ad un processo flogistico, per lo più acuto, il quale da molto spesso per risultato un' obliterazione parsiale dei vasi e delle cisti, ed una notevole ridusione del volume del tumore; anzi, talvolta, quest'ultimo scompare intieramente.

Quando il tumore è molto grande e si stabili-

sce in esso un' infiammazione acuta con forte tumefazione, la condizione locale può sembrare im. lata, per la prima volta, nel novembre 1895. Troponente, gravissime. L'intiero tumore assume una tinta giallastra o brunastra, come se fosse sul punto di cadere in gangrena.

La febbre che accompagna l'infiammazione del tumore, è spesso tanto alta, da minacciar la vita. In un caso, nel quale il tumore era situato sul viso, l'infiammazione di esso fu seguita realmente dalla morte del bambino. Ma siccome non si fece autopsia, rimase dubbia la vera causa della morte.

L'autore accenna pure a due casi, nei quali la condisione locale sembrava tanto grave, per effetto della sopraggiunta inflammazione, che era stata proposta l'asportazione di tutto l'arto affetto, cioè, in uno dei pazienti, la disarticolazione della spalla, nell'altro, quella dell'anca. Tuttavia, l'intervento chirurgico non ebbe luogo, fortunatamente, in nessuno dei due casi e i due bambini non solamente si ristabilirono, mu guarirono pure intieramante della loro affezione congenita. Quanto più acuta è l'inflammazione, tanto più facilmente accade l'obliterazione dei vasi e delle cisti, e la scomparsa del tumore.

La prognosi di quest'affezione é generalmente benigna. All' infuori del caso di morte summenzionato, l'autore non ne conosce alcun altro. Nel maggior numero dei casi, ha luogo una guarigione spontanea più o meno completa in grazia degli accennati processi flogistici. Per cui non si deve ricorrere ad alcun intervento, se non quando, l'individuo, avendo già oltrepassato la prima e la seconda infanzia, s' è perduta ogni speranza di guarigione spontanea. E ciò tanto più, in quanto che nei bambini l'asportazione di tali tumori è di gran lunga più pericolosa che non negli adulti, e può facilmente riuscir causa di morte, durante l'intervento, per infrenabile emorragia.

Infine l'autore riferisce il caso d'una giovane donna, di bellissime forme e di buona salute, ma il cui aspetto era non poco deturpato da un grosso angioma sottocutaneo del collo. Il tumore non prestandosi, per la sua sede, all'estirpazione, ne fu tentata la cura con l'uso di setoni. Ma un tal tentativo esgionò la morte della paziente (The Edimbourgh Medical Journal, marso 1897).

Loddo

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Ritenzione di canque mostruale in una metà d'un utere biloculare. - Lackle riferisce il seguente caso, molto interessante per più d'un riguardo.

La paziente è una giovane ventiquattrenne, nubile, la quale fn mestruata all'età di 16 anni. Due anni dopo, essa incominciò a soffrire di emorragia uterina, ad intervalli di più mesi, e ad accusare dolori nella parte destra del bacino.

L'inferma fu pure affetta, per lungo tempo, da leacorrea.

L'autore ebbe occasione di esaminare l'ammavò l'utero aumentato di volume, con pareti inspessite; e dall'insieme dei fatti argomentò si trattasse d'una precoce condizione fibromatosa dello strato muscolare dell'utero, con endometrite concomitante. Credette opportuno eseguire il raschiamento della cavità uterina; il che fu fatto ai primi di dicembre.

Dopo non molti giorni, l'inferma si senti assai meglio e si credette guarita. Ma in capo a tre mesi, essa si ripresentò, e disse che, quantunque non avesse avuto altre emorragie, il dolore al lato destro del bacino era ritornato, e presentava gli stessi caratteri che avea avuto per lo passato.

L'autore credette necessario, anzitutto, stabilire i fatti anamnestici con maggior precisione. Egli appurò che, per sei anni, la paziente avea sofferto d'un dolore nella parte destra del bacino, dolore del quale essa attribuiva l'origine ad un urto riportato in quella parte. Il medesimo non si calmava se non in seguito ad nna scarica sanguigna lall'utero, la quale si produceva ogni quattro mesi all'incirca. Dopo l'emorragia, il dolore cessava per alcune settimane, poi ricominciava e diveniva sempre più forte, einche non avea luogo una nuova emorragia.

A parte ciò, la paziente mestruava regolarmente ogni 28 giorni. Dae settimane dopo ogni mestruazione, il dolore al bacino si esacerbava notevolmente, per uno o due giorni. Queste esscerbazioni adunque erano non meno regolari, nel loro apparire, di quel che grano le mestruazioni, con le quali si alternavano, Quanto alle emorragie producentisi ogni quattro mesi circa, esse coincidevano appunto con una delle dette esacerbasioni: ma, come s'è detto producevano poi una temporanea cessazione del dolore. Il sangue emesso dai genitali in queste occasioni, era molto denso, ed intensamente bruno. L'inferma diceva inoltre d'aver sempre osservato una tumefazione nella parte inferiore destra dell'addome, nei giorni che precedevano l'emorragia: tumefazione che poi scompariva.

L'esplorazione vaginale della paziente dimostro la presenza d'una considerevole tamefazione nel fornice vaginale destro. All'esame esterno dello addeme, si constatò che la regione iliaca destra e l'ipogastrica erano sede d'una sporgenza abbastanza notevole. L'inferma fu tenuta in osservazione per sei settimane, durante le quali aumentarono progressivamente tanto il dolore, quanto la tumefazione ipogastrica ed iliaca. Era ben difficile il dire, se si trattasse d'un tumore ovarico, o d'una raccelta tubaria, oppure d'un ematometre. Per chiarire la diagnosi, si ricoree all'aspirazione, per la via vaginale e con essa si estrasse una rilevante quantità di sangue mestrusle alterato. Da questo fatto e dalla considerazione dei dati anamnestici siconcluse, che l'inferma soffriva di ritenzione di sangue mestruale in una metà d'un utero biloculare, e che questa parte dell'utero non aveva che un' imperfetta comunicazione col canale cervicale comune. Per effetto di tale imperfetta comunicazione, la raccolta ematica non

poteva svuotarsi che a lunghi intervalli, probabilmente quando la pressione interna diventava tanto forte, da superare l'ostacolo che impediva la libera uscita del liquido.

Dopo l'espirazione, l'inferma non stette bene che per breve tempo, giacchè i sintomi si riprodussero; e tre mesi dopo, le condisioni eran ridiventate quelle di prima. Si pensò allora ad un intervento chirurgico più efficace. Previa cloronarcosi, s' incise la tumefasione sporgente nel fornice vaginale, con che si diede esito ad una notevole quantità di sangue alterato, di color cieccolatte. Il dito introdotto attraverso l'incisione palpava una cavità, grande quanto quella d'una grossa noce di cocco. Introducendo una sonda nel canale cervicale, sin dentro l'utero, mentre si teneva il dito nell'accennata cavità, si potè stabilire in modo certo, che trattavasi d'un utero doppio, diviso in due parti da uno spesso sepi-mento, il quale però si assottigliava in modo notevolissimo alla sua parte inferiore. Appunto in tal parte, si perforò il sepimento con la sonda, allo scopo di stabilire una comunicazione tra le due cavità. Dopo di che, si dilatò tale apertura, e s'inseri attraverso di essa un tubo da fognamento. L'incisione, dalla quale si era svuotata la raccolta, fu chiusa con sutura in catgut. Attraverso il tubo, si fecero irrigazioni detersive per alcuni giorni, sinchè l'inferma, in capo ad una settimana, stette perfettamente bene. Si credette però opportano di tenerla in oeservazione per qualche tempo, e di lasciare in sito il tubo da fognamento, cambiandolo però ogni tanto.

Dieci giorni dopo l'operazione, l'inferma mestruò; ma dal tubo inserito nella parte destra dell'utero non usci la minima quantità di sangue; questo, invece, si faceva strada tra il tabo e la parete del canale cervicale. Dopo due settimane, si produsse una nuova mestruazione; ma questa volta il sangue veniva fuori esclusivamente attraverso il tubo. Il caso essendo interessantissimo, la donna fu tenuta ancora in osservazione; e così potè mettersi fuor di dubbio, che le due metà dell'utero mestruavano in lipendentemente l'una dall'altra, e che le due mestruazioni si alternavano, con intervalli regolari di due settimane (The Edimbourgh Medical Journal, marko 1897). Loddo

Un ease di varioscele utoro-ovarise. Herbet.—Donna di 84 anni accolta al Ténon il 4 desembre 1896 nel reparto del Marchant.

La sera del 1º decembre questa donna fu presa bruscamente da dolori nel ventre, localizzati prima a sinistra e poi generalizzantisi a tutto l'addome.

Da questo momento non ebbe ne flati ne scariche fecali. Accolta in nosocomio, presentava la sindrome completa dell'ostruzione intestinale; ventre tumefatto, vomiti fesali, polso piccolo, rapido, temperatura \$7°. Lo stato generale era ancora soddisfacente. L'inferma risponde bene alle domande e si apprende che 4 anni addietro era stata già curata al Ténon per una peritonite

che sembra fosse stata causata da una salpingite di sinistra. Questa donna ha avuto 2 bambini. Nulla si riscontra a livello dei comuni orificii erniarii: l'esplorazione vaginale é difficile; l'utero un po' abbassato. L'indomani al mattino, eteronarcosi e laparotomia mediana. L'appendice cecale è integra; a sinistra si rinvengono briglie fibrose che dovettero esser causa dello strangolamento. Dalla regione degli annessi parte una prima briglia che va, con l'altro estremo, ad attaccarsi sur un'ansa del tenue e che nel suo decorso incrocia perpendicolarmente un'altra ansa del tenue che essa strangola. Recisa la briglia, l'intestino riprende quasi il suo calibro normale.

Una seconda briglia partiva dallo stesso punto della prima; ma, invece d'incrociare l'ansa strangolata, ella vi aderiva in un panto vicino a quello dello strangolamento, per una estensione di 2 112 cm.

Si seziona questa seconda briglia e si applica un piccola sutura in seta sulla superficie inte-

stinale che sanguigna un poco.

Gli annessi del lato sinistro presentano un aspetto particolare: essi sono ricoperti da un plesso varicoso sviluppatissimo che sembra faccia continuazione nell'epiploon aderente al fondo uterino. La circolazione in questo epiploon è considerevolmente aumentata; le sue vene sono voluminose; alcune hanno il calibro d'una penna d'oca. Si reseca una parte dell'epiploon; si estirpano gli annessi facendo un peduncolo dalla parte dell'utero e ponendo una seconda legatura sulle vene che si prolungano dalla parte della parete esterna del bacino.

I due foglietti del ligamento largo, nello spazio compreso fra le due legature, sono suturati con fili di seta. Gli annessi di destra sembrano sani. Si applica un fognamento alla Mickulicz.

La tromba e l'ovaio asportati paiono sani; al disotto della parte interna della tromba, si rinviene una sacca, o piuttosto una mezza-sacca, che rassomiglia ad un sacco aneurismatico, se si giudica dalla consistenza delle sue pareti. Un grosso vase, del calibro di una penna d'oca, resta beante al taglio e si porta verso la parte esterna. Al momento della estirpazione degli annessi, il filo del picciuolo era stato posto su questa sacca che quindi si trovò sesionata per metà. Da questa sacca partivano numerosi vasellini diretti verso l'ovaia; dal grosso vase beante parte un altro piccolo vase che segue il margine inferiore della tromba decorrendo nel senso della a. tubaria interna. Nella giornata la inferma sembrò un po' debole; ella era pallida-gialla; il polso piccolo ed irregolare, malgrado una iniezione ipodermica di 500 cc. di siero artificiale. Temendo una emorragia, si tolgono alcuni punti di sutura per osservare ma, trovandosi tutto in buono stato, si chiuse immediatamente. Iniesione intravenosa di un litro di siero; il polso si solleva immediatamente: pare che l'inferma migliori. Il giorno 5 la donna diede esito a gas ed a poche fecce; essa più non vomitava, ma il polso rimase piccolo, rapido, irregolare; respirazione rapida.

Darante la serata l'ammalata fu ansiosa, ane-

lante, alle 10, bruscamente, mori.

All'autopsia non si rinvenne peritonite; a 5 cm. dal cieco si riscontrò un lieve restringimento anulare dell'ileo (li ove comprimeva la 1ª briglia recisa).

Il punto d'inserzione della briglia che aveva causato lo strozzamento si trova più sù, a 50 cm. circa dal cieco. Polmoni fortemente congesti nei

218 inferiori; gli altri organi, sani.

Asportato utero ed annessi, la dissezione dimostrò che la sacca dissecata: prima, non era un aneurisma come poteva credersi a primo aspetto, ma una dilatazione ove sboccavano le vene estremamente dilatate che partivano dall'utero e dalle ovais.

Dalla parte dell'ovaio (sinistro) i numerosi convoluti venosi si riunivano poi in due grossi tronchi grossi quasi quanto un' omerale.

Lungo il corpo dell'utero le vene erano enormi.

Esse si intricavano l'una con l'altra, formando un plesso che si dissecava a stenti, a causa del tessuto cellulare resistente che li faceva aderire tra loro.

In basso, queste vene si univano alle vene del collo, per formare due grossi tronchi che seguivano l'arteria uterina. In alto poi si gettavano in questa specie di sacca, grossa quanto una noce grossa.

L'esame istologico della parete di questa sacca, dimostrò che essa aveva la struttura di una vena. I vasi venosi periuterini presentavano le tracce

di una flogosi cronica.

A destra le vene sono anche molto sviluppate, però meno che a sinistra; la tromba e l'ovaio, sani,

Il varicocele pelvico non è raro, ma raramente è tanto sviluppato quanto nel caso riferito; non si è mai notata una sacca venosa a pareti resistenti.

Poichè gli annessi non presentavano alcuna lesione, l'autore opina che si trattò di una antica flebite uterina la quale, predominando a sinistra, era stata altra volta confusa con una salpingite e sarebbe stata essa stessa causa delle aderenze formatesi e del consecutivo strozzamento interno (Annales de Gynècologie et d'obstètrique febb. 1897). Nacciarone

Un sase insellte d'aberte. Parelow. — Trattasi d'una donna che era già madre di tre figli. Nei primi mesi della sua quarta gravidanza, essa soffri di retroflessione dell'utero.

Questa condizione fu corretta mercè l'applicazione d'un pessario, il quale fu portato per due mesi. La donna era priva dei mestrui da 18 settimane e presentava tutti i segni d'una gravidanza normale, allorchè fu colta da forti doglie. Quando l'autore osservò la paziente, il feto contenuto nel sacco amniotico era già stato espulso e giaceva sul letto. La piacenta era già impegnata nell'orifisio inferiore dell'utero, e siccome le contrazioni procedevano regolarmente, si fece a meno di qualunque intervento. La placenta e le nembrane furono espulse in capo a due ore. La paziente si ristabili prontamente.

L'espluisione dell'uovo non era stata preceduta da alcuna ascita di sangue o d'altro li-

quido. Il feto, lungo circa sei pollici, era chiuso nel sacco amniotico intatto, insieme col liquido amniotico. Sulla superficie esterna dell' amnios non v'era alcuna traccia di tessuto corionico o placentale ed il feto poteva vedersi facilmente attraverso la parete del sacco.

Il cordone ombelicale si era rotto nel suo attacco placentale ed era intieramente contenuto nel sacco amniotico, in un punto della cui superficie si osservava una depressione corrispondente all' estremità lacerata del cordone ombelicale.

Benché l'espulsione del feto insieme con l'intiero sacco non sia un fatto raro, tuttavia l'esposto caso esce certamente dall'ordinario. L'interessante pezzo anatomico è ora conservato nel museo di Mason College (*The Lancet*, 18 febbraio 1897).

Loddo

FORMULARIO

Contro le ragadi delle mani, del vice e dei capezzeli

Tintura composta di belzoino gocce 10
Alcool a 95° gram. 10
Acqua di rose gocce 80
Glicerina pura gram. 5

I. Si lavano le parti screpolate con acqua saponata e, dopo averle bene ascingate, si ungono la sera con la miscela suddetta.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Acquasanta. (Ascoli Piceno). Concorso ad una delle tre condotte medico chirurgiche per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo L. 8000 nette di R. M. con obbligo della cavalcatura. L'eletto deve assumere il servisio entro 15 giorni dalla partecipazione della nozzina. Il concorrente, oltre i soliti certificati, deve produrne anche uno che comprovi di essere stato per almeno tre anni Direttore od Assistente in qualche Ospedale.

Scadenza 15 marzo.

Ai signori abbonati che hanne ricevute la nestra circolare e non ancora hanno adempite a quante la essa ei chiedeva, facciamo noto, che attendereme a tutto il 20 corrente. Dopo tale termine spedirame Il riceve gravate delle spesse escorrenti. Somano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. La sierodiagnostica del tifo addominale. — 2. Lavori originali. Ospedale dei Pellegrini in Napoli Un caso di laparotomia per ferita del fegato, [pel dott. Nicola Longo.— 8. Nostre corrispondense.—Clinica chirurgica operativa della R. Università di Palermo, diretta dal prof. I. Tansini. — 4. Diagnostica fisica. — 5. Ressegna della stampa. — Chirurgia. — Sifilografia. — 6. Formulario.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

La siero-diagnestica dei tife addominaie (N. Koile). L'autore spronato dalle osservazioni, che potette fare circa il modo di comportarsi del siero sanguigno di alcuni tifosi, che egli tenne accuratamente sotto osservazione, durante il corso della malattia, ha potuto studiare la siero-diagnostica del tifo addominale, che dopo la pubblicazione del Widal, ha seriamente richiamato l'attenzione di molti medici.

I fatti, sopra i quali si fonda la siero-diagnostica del tifo, possono qui essere brevemente riassunti tenendo-altresi conto del loro sviluppo storico.

Nel siero sanguigno di uomini, nonchè di animali ai quali erano stati inoculati batterii del colera oppure del tifo, oppure che avevano superato entrambe le infesioni (tifica o colerica) presenta talune differenze rispetto al siero normale di animali e di uomini, le quali si manifestano con un'azione specifica sui batterii del colera, e rispettivamente altresi su quelli del tifo. Codesta azione specifica si estrinseca, come R. Pfeiffer dimostrò per il colera, e come lo stesso R. Pfe i ffe r e l'autore constatarono per il tifo, in duplice modo, cioè sia nel corpo dell'animale, sia nel tubo da saggio. Nel corpo dell'animale il siero immunizzante, in conseguenza delle antitossine battericide specifiche che in esso sono contenute, esplica una azione tutelatrice contro gli agenti infettivi viventi, i quali, sotto la sua azione, vengono distrutti; laddove nel siero immunizzante del colera e del tifo non si manifestano proprietà antitossiche, rispetto ai virus specifici, esistenti ne gli stessi batterii. Nel tubo da saggio i sieri immunissanti esercitano, sopra i batterii del tifo e del colera, che vi sono stati disseminati, un'azione, la quale fu accertata ed esaminata da Gruber, da Durham, da R. Pfeiffer, nonchè dall'autore. Però, questo modo di comportarsi dei sieri immunizzanti sopra i sieri specifici in vitro, non spiega l'azione profilattica che viene esercitata contro l'infezione tifica degli animali. Così R. Pfeiffer come l'autore, potettero rilevare, che quest'azione dei sieri immunizzanti è dovuta a sostanze specifiche, le quali possono essere di-

stinte dalle sostanze battericide specifiche, che agiscono nell'esperimento sugli animali. Dopo che questi fatti furono constatati con rigore scientifico, essi potettero essere utilizzati per la diagnosi differenziale dei batterii del tifo e del colera rispetto ad altre specie di batterii, che sono ad essi affini.

Però, nello istituire questi esperimenti, bisogna prendere talune cautele e tener conto di differenti fattori nel valutare la reasione. R. Pfeiffer e l'autore hanno già dimostrato da qualche tempo, che la virulenza delle culture, adoperate per tali ricerche, costituisce un fattore essenziale per la comparsa della « reazione nel tubo da saggio ». Specialmente per i batterii del colera, sarebbe stato accertato che un solo e medesimo siero esplica, sulle culture poco virulente o nulla affatto virulente, un'azione oltre cento volte più intensa che non sulle culture virulenti. Anche per i batterii del tifo sarebbe stato accertato, che influisca non poco la virulenza delle culture adoperate. Un altro fatto, da prendere in considerazione in queste ricerche, è: che anche il siero normale in taluni limiti esercita sui batterii tifici e colerigeni disseminativi, un'azione, la quale si approssima molto a quella prodotta dal siero immunissante nel tubo da saggio. E ciò può essere constatato in modo spiccatissimo, sopra tutto quando si tratta di culture poco virulente, ovvero di quelle sviluppate sopra un terreno nutritivo insufficiente. In fatti, anche la qualità del terreno nutritivo, e la corrispondente attività biologica dei bacilli, hanno una certa importanza (come l'autore ha potuto constatare in una vasta serie di esperimenti) quando si tratta di determinare la reazione da immunità nel tubo da saggio.

Sicohè riassumendo, dice l'autore, sono tre le cantele che bisogna prendere in tutti gli esperimenti col siero immunissante nel tubo da saggio, come pure negli esperimenti sugli animali: virulensa delle culture, qualità del terreno nutritivo, e ricerche di controllo con siero normale umano di animali. Trascurando queste cautele, si può facilmente cadere in gravi errori, specialmente quando non sia stato precedentemente determinato con esattessa il limite inferiore dell'asione che il siero in esame esplica nel tubo da saggio.

Nel luglio del 1896, Widal fece una comunicazione, la quale destò un grande clamore nel mondo scientifico. Widal affermò che nei tifosi, già durante i primi giorni della malattia (calcolati dal momento in cui si manifestò la febbre) si possono ordinariamente constatare, nel tubo da saggio, le sostanze neutralizzanti, specifiche, per la loro asione sui bacilli del tifo.

Secondo Widal, la esistenza di queste so-

stanze nel siero sanguigno sarebbe decisiva per la diagnosi di tifo, laddove la loro assenza escluderebbe la supposizione, che nel rispettivo infermo possa trattarsi del tifo. Procedendo secondo le prescrizioni date dal Widal, l'esame del sangue, per accertare se in esso vi sieno sostanze neutralizzanti, andrebbe fatto come segue. Si attinge dall'infermo qualche goccia di sangue dal polpastrello del dito; ovvero si fa un piccolo salasso, qualora si voglia ottenerne una copia maggiore. Se si dispone soltanto di piccolissime quantità di sangue, la reazione viene eseguita così : ogni goccia di sangue viene addizionata di dieci gocce di una cultura tifica in brodo. Qualora si disponga di quantità maggiori di sangue, otto gocce del siero sanguigno verranno mescolate con quattro cc. della cultura in brodo. Nel primo caso la reazione può essere studiata soltanto con lo esame microscopico nella goccia pendente, laddove, nel secondo caso, all'esame microscopico si può associare anche quello macroscopico. Se nei miscugli, così ottenuti, di siero e di cultura tifica in brodo, si osserva la formazione di cumuli, si può stabilire, secondo Widal, la diagnosi di tifo addominale.

Naturalmente, dopo che Widal ebbe fatta questa comunicazione, gli autori incominciarono a domandare se veramente essa risponda alla realtà dei fatti. E non pochi si accinsero subito

a controllarla sperimentalmente.

Secondo K o l l e, è indubitato che la base scientifica della siero diagnostica del tifo è inappuntabile, e che se ne può trarre un grande van taggio quando dà risultati positivi non dubbii. Ma, per ottenere tali risultati, sono indispensabili le sopra cennate cautele, e specialmente gli esperimenti di controllo. Ora, consultando i lavori di coloro che si sono occupati della siero diagnostica del tifo addominale, cioè di Widal, Achard e Bensaude, Sicard, Dieulafoy, Catrin, Haushalter, Breuer, C. Fraenkel, Stern, Grünbaum, risulta che soltanto questi tre ultini presero, in parte, le cennate cautele. E ciò spiega perchè essi, in riguardo alla utilità della siero diagnostica del tifo addominale, hanno ottenuto risultati meno favorevoli di quelli che si sono ottenuti attenendosi unicamente alla prescrizione di Widal, senza accertare con esattezza la natura e la virulenza delle culture adoperate nei loro esperimenti.

Kolle opina che per giudicare la utilità pratica della siero-diagnostica e la certezza della reazions siero-diagnostica, potrebbero valere le seguenti osservazioni, le quali, in vero, non concernono un vasto materiale statistico, ma due casi di tifo esattamente e ripetutamente osservati. In amendue questi casi trattavasi di affezioni febbrili, le quali clinicamente non desta-

vano il sospetto che si trattasse di tifo addominale. Ma, poiché nella diagnosi per esclusione si dovettero eliminare tutte le altre cause, e si affacciava sempre più la supposizione che avesse potuto trattarsi del tifo, fu fatto (al quinto ed al sesto giorno della malattia) un esame del sangue per constatare se vi fosse, o meno, l'azione neutralizzante specifica. In quest'esame furono prese tutte le cautele possibili, e fu determinato, in precedenza, con esattezza il limite inferiore dell'azione nel tubo da saggio. Il risultato fu che il siero sanguigno diede gli stessi effetti del siero sanguigno umano normale. Anche l'esame col processo di Widal non diede alcun risultato positivo. Per contro, in un caso occorso a Neufeld, riuscì a questi di coltivare dalle roscole al dodicesimo giorno della malattia, bacilli ge nuini del tifo. In un altro caso, riusci a Marx di isolare all' 11º giorno, dalle dejezioni, col metodo di Elsner, bacilli genuini del tifo.

Con questi reperti clinico batteriologici, la diagnosi di tifo addominale era assolutamente accertata.

In amendue i casi, le alterazioni specifiche del siero appena si manifestarono nella term settimana della malattia. Contemporanemente all'azione nel tubo da saggio, si appalesarono le proprietà profilattiche nell'esperimento sugli animali. L'esame della reazione fu effettuato nel primo caso con diluizioni di 1:40 : nel secondo caso con diluizioni di 1:80; laddove il titolo dei saggi di siero nell'esperimento sugli animali ascese a 0,075, e rispettivamente a 0,1 (mentre al principio della malattia era 0,05 0,6). Durante il periodo della convalescenza, fu cons:atato, in amendue i casi, un aumento della reazione nel tubo da saggio (fino ad 11800-11100), come pure dell'azione profilattica nell'esperimento sugli suimali (che ascese fino a 0,06 in un caso, ed a 0,075 cc. nell'altro).

Appunto la sopravvenienza di questa modificazione specifica in un periodo inoltrato della malattia, come pure durante la convalescenza, sono fatti degni di nota, e dimostrano perentoriamente, che in amendue i casi si è trattato effettivamente di tifo addominale.

Inoltre, merita di essere preso altresi in considerazione il fatto, che più tardi esistevano ancora in parte i sintomi clinici del tifo addomiminale (tumefazione della milza, roseola, diazoreazione).

Laonde, questi reperti dimostrano che nei casi di tifo, in cui la diagnosi riusci col constatamento degli agenti specifici intettivi nelle rossola, e rispettivamente nelle dejezioni, durante il secondo settenario, l'esame siero diagnostico del sangue in vitro non diede alcun risultato fino all'inizio della tersa settimana della malat-

tia; e soltanto nella convalescenza esso ribadi la diagnosi.

L'autore fa rilevare, che i risultamenti, ottenuti in questi due casi (nei quali il controllo delle asserzioni del Widalfu fatto con la massima scrupolosità possibile, dimostrano che non è possibile) contare con certezza assoluta per la diagnosi della malattia, sulla esistenza o mancanza dei corpi neutralizzanti sopra cennati. E lo stesso dubbio è parimenti permesso di accampare circa l'utilità della siero-diagnostica in vitro per la diagnosi in secondo tempo. Non ha guari, infieri a Zehdenink una forte epidemia di tifo, nella quale lo Pfeiffer potette fare molte pregevoli osservazioni sul proposito. Esaminando alcuni saggi di sangue attinto da convalescenti di tifo, egli potette constatare, per alcuni saggi, che non si produceva punto l'azione neutralizzante specifica ta vitro benchè gli stessi sieri sanguigni esplicassero una forte azione profilattica specifica nel corpo dell'enimale.

Sicchè nei convalescenti di tifo le condizioni sono analoghe a quelle che l'autore ebbe precedentemente a constatare in individui incoulati di colera. In questi l'autore potette constatare, che le sostanze neutralizzanti specifiche, oppostamente all'azione profilattica battericido-specifica del siero, la quale è constatabile perfino un anno dopo l'inoculazione dei vibrioni colerigeni, già dopo tre mesi non può essere puì accertata nel siero sanguigno, benchè esse al principio vi esistessero in copia molto rilevante.

Le dedusioni, che l'autore trae da queste ossei vazioni, possono essere riassunte come segue. L'ut lizzamento dell'azione neutralizzante specifica del siero sanguigno all'inizio delle affesioni, nelle quali si sospetta che possa trattarsi del tifo, arricchisce in grado cospicuo i nostri metodi diagnostici; ed è certamente merito del Widal aver richiamato l'attenzione sopra questo fatto.

Quando la siero-diagnostica, eseguita con tutte le sopraccennate cautele, dà un risultato assolutamente positivo, è permesso trarre una dedusione sicura sulla natura della malattia. Viceversa, un risultato negativo della siero-diagnostica non permette di escludere con certesza la supposizione che possa trattarsi del tifo, Inoltre, l'autore ritiene per fermo, che il processo sierodiagnostico, com' è stato raccomandato dal Wida l, non meriti di essere raccomandato, giacchè facilmente può condurre in errore. L'autore preferisce quello più complicato e laborioso, ma certamente più attendibile, che consiste nella esatta titolazione dei saggi di siero sanguigno, in riguardo alla loro azione neutralizzante (Deutsche med, Wochenschrift, n. 9, 1897).

Meyer

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEI PELLEGEINI IN NAPOLI. — UN CASO DI LAPAROTOMIA PER FERITA DEL FEGATO, pel dott. Nicola Lorgo.

(Cont. e fine.—Vedi num. prec.)

Dei processi descritti, i primi tre sono indicati nelle ferite da punta o da punta e taglio, che interessano il lobo destro del fegato, sia dalla parte anteriore che dalla laterale del torace.

Parrebbe che il processo di Horoch, eseguibile in pochissimi minuti e con tecnica facilissima, dovesse meritare la preferenza. Tutti
quelli però che l'hanno adoperato, convengono
che sempre con molti stenti si riusci a suturare
le ferite del fegato. Infatti, la resesione di un
tratto di costole in sopra ed in sotto della ferita, se può essere bastevole per suturare le scontinuità del diaframma, non dà spazio sufficiente
per lavorare sul fegato, sia per la profondità
maggiore a cui devesi pervenire, sia per gli
spostamenti dell' organo nei movimenti respiratori.

I processi del Postempski e del Rydygier, invece, come ci siamo potuti convincere
sul cadavere, meritano la preferenza perchè aprono una via larga e comoda per operare sul
fegato. E' vero che feriti siffatti si riducono rapidamente in grave stato per la perdita di sangue, ma appunto perché il pericolo maggiore è dato
dall' emorragia, è necessario crearsi in pochi minuti una via larga, anzichè perdere tempo manovrando a traverso uno spazio ristretto, che
crea difficoltà tecniche maggiori, specialmente
perchè, pel sangue che vien fuori, bisogna servirsi più del tatto che della vista.

Il processe del Micheli, invece, è indicato nelle ferite d'arma da fuoco interessanti la cavità pleurica destra, il fegato ed altro viscere della cavità addominale. Esso, pur non presentando molte difficoltà nell'esecuzione, ci offre il mezso pronto e sicuro per apportare gli opportuni aiuti chirurgici, richiesti dal caso, sia sul fegato come su tutti gli altri visceri della cavità addominale. Ed i due casi occorsi allo stesso autore lo mostrano ad evidenza.

Ci rimane ora a dire poche cose sui messi per ottenere l'emostasi delle ferite del fegato.

Essi possono ridursi a tre: sutura, termocauterio di Paquelin, saffo.

Il fegato è un organo riccamente vascolaris-

sato e notevole per la sua friabilità; così per la grande quantità di sangue da cui è irrorato, ogni piccola compressione è causa di lacerazione e rottura a raggio del suo parenchima.

Non può essere per ciò il tessuto epatico capace, di offrire solida presa ai mezzi di sutura dei quali il chirurgo dispone.

Il Mazzarini (1) ha studiato la resistenza alle trazioni della capsula fibro-sierosa del fegato. Escidendone, in vari cadaveri, pezzi di un centimetro e sottoponendoli a graduale ed uniforme trazione, ha verificato che resistevano al peso di gr. 1,200 in media, e gr. 1,20 per ogni millimetro di spessore.

Secondo l'autore per ciò, proprio alla resistenza della capsula fibro sierosa del fegato dell'uomo è dovuta l'efficacia della sutura per ottenere l'emostasi. E se nei cani la sutura delle fe rite del fegato non riesce emostatica, come lo dimostrano le esperienze del Postempski, del Mazzarini, del Ceccherelli e del Tizzoni, è appunto perchè in questi animali la capsula gliesoniana o non esiste, o è tauto tenue che non può concorrere a rinforzare la sierosa, pur essa delicatissima.

Ed il Ceccherelli ed il Bianchi (2) per le ricerche fatte, son venuti anch'essi alla conclusione, che la resistenza alla sutura viene offerta solo dalla sierosa e dalla glissoniana.

In base a questi studi sperimentali, il Massarini ha proposto di passare i fili di sutura a sopragetto, semplicemente a traverso la capsula, giacchè, a suo credere, attraversando la spessesza dell'organo si avrebbero piccole emorragie pel passaggio dell'ago, e lacerazione della sostanza epatica per la tensione dei fili necessaria ad ottenere il combaciamento dei margini della ferita, condisione indispensabile all'emostasi.

Ma queste conclusioni non ci sembrano accettabili.

Il timore delle piccole emorragie prodotte dall'ago svanisce se si usano aghi di Mikulicz e non lanceolati, e se si ha la precauzione di adoperare materiale di sutura (catgut o seta) di un diametro un pò superiore a quello dell'ago (D' Antona).

In secondo luogo non si avrà certamente nessuna lacerazione della sostanza epatica, se si terrà presente che la sutura del fegato non deve essere che contentiva, se si avrà la precauzione di fare affrontare i margini della ferita prima di annodare i fili, e se, infine, ogni punto si fa entrare ad un centimetro e messo da uno dei margini della ferita epatica, ed approfondandolo fin quasi al fondo della soluzione di continuo si fa uscire alla stessa distanza dal margine opposto.

Operando in tal modo si conseguirà il vantaggio di avere un perfetto combaciamento dei margini, il che è di grande importanza per l'emostasi completa. Ed inoltre comprendendo nella sutura maggior spessessa di tessuto, si ha meno da temere la lacerazione della sostanza epatica, giacchè questa, ancorchè per sè stessa friabilissima, riesce sempre di riuforzo alla capsula fibro-sierosa.

E così facendo, nel nostro caso, bastarono due soli punti per ottenere perfetta emostasi sensa alcuna lacerazione, benchè i margini della ferita fossero divaricati poco meno di un centimetro.

Le osservazioni cliniche, ormai numerose, non fanno che comprovare tali vedute teoriche. Passando infatti in rivista la casuistica, si trova che la sutura in quasi tutti i casi riusci emostatica, e se qualche operato morì, avvenne o per precedenti alterazioni del fegato, (cirresi, caso di Broca (3)), o per altre ferite passate inosservate (altro caso di Broca (4)), o infine per altre complicazioni (empiema, caso di Pelli (5)). E parecchie autopsie confermano pienamente tale asserzione (de Sanctis, Broca, Pelli).

Partigiani della sutura si mostrano anche Terrier, Pozzi, Lucas-Championniore ed altri.

Se però la sutura dà così splendidi risultati, non può dirsi lo stesso per gli altri due messi: il termocauterio e lo saffo.

Il Bonanno, in seguito a studi sperimentali fatti sui cani, crede poter affermare che, non trovando controindicazioni per parte del calorico in dispersione, l'escarizzazione delle superficie recise sia un mezzo semplice e sicuro der arrestare le emorragie da ferite del fegato. Però occorre notare che il risultato ottenuto sai cani non può fornirci un criterio esatto per le

⁽¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ Ceccherellie Bianchi. — X Congresse medico internazionale, 1888.

⁽⁸⁾ Broca.—Società di chirurgia di Parigi. Torna, ta 15 lugl'o 1891.

⁽⁴⁾ Loc. cit.

⁽⁵⁾ Pelli.—Contributo alla cura delle ferite addominali, Napoli 1895.

⁽⁶⁾ Bonanno.—«Arch. ed atti della società italiana di chirurgia». Anno VI, 1890.

operations praticabili sall' uomo, giscohé, come è noto, il fegato dell' uno differisce troppo da quello dell' altro in rapporto dell' emorragis. E lo Z e i dler (1) ed il Tansini (2) opinano che nell' uomo il termocauterio non giova ad arrestare l' emorragia dei grossi vasi del fegato, ma che è solo indicato quando le ferite sono piocole e superficiali. Nelle ferite profonde il termocauterio non può fare quasi nulla, giacchè, pel sangue che vien fuori, si raffredda facilmente, ed espone al pericolo di emorragie recondarie, ed a quello, da alcuni accennato, di scolo di bile nel cavo peritoneale.

Del resto son necessarie ancora parecchie conferme cliniche, giacchè è stato fin ora pochissime volte adoperato, almeno a giudicarne dal fatto che non ho rinvenuto caso alcuno curato in tal modo, per quanto abbia saputo e potuto riscontrare.

In quanto pei allo saffo, noi crediamo che questo mezzo di emostasi debba essere prescelto dal chirurgo solo in casi rariss mi di profusissime emorragie duranti già da parecchio, in cui non è prudente perder tempo.

Usando lo saffo è necessario las siare aperto un punto della parete addominale dal quale fuoriesca il pesso di garza che ha zaffato la ferita. E ciò costituisce certamente una porta aperta alla penetrasione dei microrganismi, ed un pericolo grave d'infezione del ferito.

E vero che le aderense peritoneali che isolano la regione della ferita dalla rimanente cavità addominale non tardano a formarsi, ma può
succedere benissimo che un' infesione si determini prima che le aderenze si siano formate,
senza dire che, anche tardivamente, le strisce
di garsa possono divenire il mezzo di trasporto
degli agenti settici come in un caso del professore Lupò (3), il quale al nono giorno, per
peritonite iperacuta, perdette l' infermo, per
sviluppo di flemmone settico nel luogo dei punti
di sutura, e trasporto d' infezione con le strisce
di garsa.

Alla men peggio, chi non avesse molta fiducia sulla efficacia emostatica della sutura, potrebbe, come dice il Giordano (4), zaffare la ferita con catgut, ed al di sopra farvi la sutura, sensa esporre, con lo zaffo, l'infermo ai gravi pericoli di propagazione di eventuali complicazioni della ferita esterna al peritoneo.

Conchiudendo quindi, ci sembra che la sutura abbia dato fin ora i migliori risultati e che debba ritenersi come il processo di scelta, ed il termocauterio e lo zaffo solo come mezzo di necessità, ove quella, per circostanze speciali, sia fallita o non possa praticarsi.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Clinica Chirurgica Operativa della Regia Università di Palermo, diretta dal prof. I. Tansini

A causa dei lavori di ricostruzione dell'anfiteatro e di restauro della sezione donne, il corso di Clinica chirurgica non fu aperto che il 14 decembre. Tuttavia si sono ricevuti casi interessanti ed eseguite numerose ed importanti operazioni chirurgiche, su cui andrò intrattenendo i lettori della *Riforma Medica*.

Epitelloma ilngualo. — Amputazione di metà della ilngua. — Guarigione

Infantolino Berengario, di anni 40, da Comiso, cocchiere. Nulla d'importante nel gentilizio. Di notevole nella sua anamnesi non havvi che un'infesione sifilitica contratta a 27 anni, per la quale fece la cura del joduro di potassio, non quella mercuriale. L'attuale malattia rimonta a 7 mesi addietro e s'iniziò con una escrescenza della grandezza di una lenticchia sul margine linguale di sinistra e proprio verso il terzo medio, che ben presto si ulcerò.

Dopo tre mesi dalla comparsa di detto tumore, cominciò una cura energica di frizioni mercuriali e joduro, ma non ne risenti vantaggio, giacchè l'ulcerazione continuò ad estendersi progressivamente.

Sul margine sinistro della lingua, verso il terze medio, netasi una ulcerazione a margini poco salienti ed irregolari, della grandezza di un soldo, il cui fondo, abbastanza eroso e depresso, presentasi di un colorito grigio-sporzo. Datta ulcerazione raggiunge, senza comprenderio, il pavimento orale.

L'ulcerazione ha margini duri e l'alone d'indurimento si approfonda e si estende fino sulla linea mediana della lingua: l'ulcerazione è sede di dolori a trafittura, che si esarcebano con la pressione. Non esistono ingrossamenti ghiandolari nelle regioni sottomascellare e parotidea.

Il prof. Tans in i fadiagnosi di epitelioma linguale e passa, il giorno 21 decembre 1896 sensa cloronarcosi, all'operazione: afferra la lingua con una pinza del Museaux e la stira in fuori della bocca: con coltello termogalvanico la incide sulla linea mediana ad incominciare dalla base fino alla punta, di guisa che rimane divisa in due parti; seziona in seguito, tenendosi ad oltre un centimetro dalla ulcerazione, cel coltello ter-

rurgia.

⁽¹⁾ Zeidler.—«Deut. med. Wochenecrift,» n. 87.
(2) VIII Congresso della [società italiana di chi-

⁽⁸⁾ Lupò.—«Riforma medica», 1898.

⁽⁴⁾ Giordano.-Medicina operatoria.

mcesustico la base della lingua disgiungendola dal pavimento orale; poscia, con incisione trasversale stacca completamente tutta la metà ammalata dell'organo.

L'ammalato lascia la Clinica guarito dopo

ventiquattro giorni.

Ostes-sinevite tubercolare del ginocchie. Resezione tetale del ginocchie. — Guarigione

Onofrio Di Domenico, di anni 28, meccanico delle ferrovie, da Palermo. Nulla degno di nota nel gentilizio. A 17 anni ebbe una pleurite, gli fu praticata una puntura evacuatrice, per la quale ebbero esito tre litri di liquido citrino. Dieci anni addietro cominciò ad avvertire dolore all'articolazione del ginocchio sinistro e la deambulazione si rese un pò impacciata.

L'ammalato è un giovane di robusta impalcatura scheletrica, ben nutrito: l'arto inferiore

di sinistra è notevolmente ipotrofico.

Al ginocchio sinistro, non si rilevano con la ispezione alterazioni, all'infuori di una meno spiccata evidenza delle salienze e delle depressioni della regione. La circonferenza del ginocchio ammalato è perfettamente eguale a quella del lato sano. La rotula è poco spostabile, la temperatura aumentats.

I movimenti attivi e passivi sono aboliti. L'ammalato cammina a stento ed anche a letto è

colto da vivi dolori al ginocchio.

Il prof. Tansini fa diagnosi di artrite tubercolare del ginocchio sinistro a forma prevalentemente ossea. Il giorno 28 decembre, previa cloronarcosi e l'ischemia preventiva, si passa alla resezione totale del ginocchio col procedimento di [Makensie. Si notano prefonde erosioni nei condili del femore, nella rotula e nella tibia. L'operatore asporta la rotula e reseca i condili del femore e la superficie articolare della tibia. Emostasi accurata.

Mette in mutuo e perfetto combaciamento le superficie ossee resecate ed, abbassato il lembo cutanec, procede alla sutura. L'arto viene medicato e, appoggiato su di una ferula di E s m a r c k, fissato con fasciatura al silicato di potassa.

Dopo 8 giorni, essendosi l'apparecchio imbrattato di siero sanguinolento, si toglie e se ne applica subito un altro, anche al silicato. Si ha, così l'occasione di togliere i punti. La ferita è riunita per primam. L'andamento post-operativo fu perfettamente normale: l'ammalato fu sempre apiretico. Dopo un mese, all'apparecchio con ferula al silicato, se ne sostituisce un altro con un semicanale posteriore di cartone, con un contrafforte anteriore e con una ferula laterale esterna del Desault breve e si fa alsare e camminare. Al 40º giorno l'ammalato viene dimesso, compietamente guarito, fornito di una ginocchiera di annio.

Esame del perso. — Nella rotula e nei condili del femore si notano prefonde ulcerazioni, che sono meno pronunziate nella superficie articolare della tibia. I pezzi resecuti, giustaposti, misurano in lungezza 6 cm.

Tubercelesi dei testicole sinistre. — Orobioctomia. Guarigiene

Antonino Caradonna, di anni 81, da Alcaino, contadino; ammogliato con figli, i quali godono buona salute. Racconta che, quasi 5 mesi addietro, incominciò ad avvertire dolori sordi alia regione scrotale sinistra e notò che andava aumenmentando di volume; la tumefazione crebbe di giorno in giorno, finchè, in questi ultimi giorni, la pelle dello scroto si ulcerò e venne fuori una buona copia di pus insieme a masse caseose.

La horsa sinistra si presenta molto tumefatta, ulcerata in basso e dall'ulcerazione esce sostanza caseosa. Alla palpazione si rileva una massa della grandezza di un medio limone, liscia alla faccia anterior superiore, con rilevatezze e bernoccoli grossi quanto nocciuole alla faccia posteriore in-

feriore.

La sostanza è varia, carnosa nella parte anteriore superiore, fibrosa inferiormente in corrispondenza dei bernoccoli.

Su quella parte del cordone spermatico, che è

elevabile, nulla si nota degno di nota.

I linfatici prevertebrali non sono ingressati. Il prof. Tansini fa diagnosi di tubercolosi del testicolo e, previa anestesia locale con etere del Robins, procede alla castrazione il giorno 1º gennaio.

L'andamento postoperativo fu del tutto normale. La ferita guari per primam e, dopo otto giorsi,

l'infermo lasciò la Clinica.

Esame del pesso. — L'epididimo è notevolmente ingrossato, alterato per la presenza di masse caseose, il didimo è affetto da tubercolosi miliare.

Ernia inguinale sivietra voluminesa-Operazione radicale - Guarigiene

Butera Francesco, di anni 51, contadino, da Roccapalumba.

Sette enni or sono, mentre era dedito a faticosi lavori, avverti ad un tratto un dolore acuto
all'inguine sinistro, che durò varii giorni; si accorse dopo questo incidente, che, all'inguine, esisteva un'intumescenza della forma e volume di
una nocciuola, che diventava più gr nde coi colpi
di tosse e cogli sforsi muscolari, scompariva nella
posizione supina. Di giorno in giorno il tumore
si è fatto più sporgente da arrivare a scendere
fin nello scroto.

L'ammalato ci si presenta in condizioni generali scadenti. Presenta un oscheocele del volume

di un grosso cedro, riducibile.

Il giorno 25 gennaio, il prof. Tansini, previa cloroformizzazione, procede all'operazione per la cura radicale: dopo l'incisione dei cemuni tegamenti, comincia a dissecare il sacco per tutta la sua lunghezza dagli elementi sparpagliati del funicillo spermatico; dopo averlo isolato, lega con robusto laccio il colletto ed escide il sacco; rinchiude poscia la larghissima porta erniaria, cucendo il piccolo obliquo ed il trasverso con l'arcata di Poparzio, adagia il cordone spermatico, che era stato sollevato, sopra questo piano, e passa poi

alla sutura dell'aponevrosi del grande obliquo. Sutura a sopragetto della pelle.

Dopo venti giorni il paziente lascia il letto e dopo pochi giorni è dimesso guarito.

Palermo, 2 marzo 1897. D'Angelo

DIAGNOSTICA FISICA

Rumori tricusoldali. Localizzazione del rumere sistellee mitralice. M. Heitler - I rumori della valvola tricuspidale -bene inteso che qui si allude soltanto ai rumori sistolici --- non sono stati oggetto di uno studio molto accurato. La relativa rarità dei disturbi della tricuspidale, il fatto che i rumori, sovente vengono trasmessi da altri osti, e specialmente dall'ostio mitralico, nell'sja della tricuspide, la difficoltà di differensiare i rumori, e la esistenza di altri sintomi preziosi (polso della giugulare, polso dello vene epatiche) in riguardo ai disturbi dell'ostio tricuspidale, hanno avuto per conseguenza, che i rumori tricuspidali non sono stati presi in grande considerazione dai clinici. Però, l'autore; che da anni si occupa con predilezione di quest'argomento, ha constatato, che i rumori sistolici sulla valvola tricuspidale sono molto più frequenti di ciò che ordinariamente si ammette, che possono essere rilevati con certezza e distinti facilmente da altri rumori, specialmente dai rumori sistolici mitralici, che all'uopo cadono precipuamente in considerazione. Lo studio dei rumori tricuspidali richiede una disamina molto accurata dell'aja di estensione e della localizzazione dei rumori mitralici, perchè le aje di questi rumori paseano l' una nell'altra.

Nella dottrina della localizzazione dei rumori cardiaci, è ritenuto come un principio inconcusso, che i rumori, i quali, nei diversi punti di ascoltazione de cuore, presentano un differente timbro, si originano in diversi punti. Su tale riguardo, il Bamberger ha scritto quanto segue: quando in molti punti del cuore si percepiscono contemporaneamente rumori, sorge la quistione, se si tratti di un solo rumore con vasta sja di diffusione, oppure se si tratti di molteplici rumori, sorti in diversi punti. Ciò può essere determinato soltanto se si prende in considerazione il timbro della risonanza. Se vi è un solo rumore, esso mostrerà ovunque lo stesso timbro di risonanza, e si affievolisce tanto più, quanto più è lontano dal suo punto di origine. Qualora vi sieno diversi rumori, quasi sempre accade, che ciascuno di essi presenti un differente timbro di risonanza, e non abbia ovunque la stessa intensità ». Però, questo principio oggi non può essere più sostenuto, perchè le osservazioni dell'autore hanno fatto rilevare che un rumore, il quale si origina in un ostio, può presentare, in diversi punti della regione cardiaca, un timbro differente.

Secondo l'autore la causa per cui il rumore prodotto in un ostio assume un carattere acustico essenzialmente differente in diversi punti della regione cardiaca, sarebbe dovuto a che il rumore,

generatosi in un ostio, è costituito da un miscuglio di diversi rumori, ed esso non si propaga come un tutto nelle diverse direzioni. La parte del miscuglio di rumori, che si propaga lungo la parete sinistra del ventricolo, è diversa da quella che si propaga lungo le parti destre del ventricolo, oppure in altre sezioni del cuore.

Un secondo principio, nella dottrina della locelizzazione, che finora sembrava inconcusso, concerne l'entità diagnostica da attribuire ai massimi di intensità del rumore. Si ammette che i rumori, i quali vengono percepiti, in punti distanti fra loro, con intensità eguale o quasi eguale, si originano probabilmente in diversi ostii; e che una diminuzione di intensità dei rumori, compresa fra i massimi di intensità, dinoti con certezza una differente origine dei rumori. Friedreich dice: « se, per esempio, si percepisce un rumore in vicinanza della punta del cuore, il quale rumore diminuisce di intensità verso la quarta costola sinistra, ma aumenta nuovamente di intensità in direzione della base del cuore e propriamente in direzione dell'aorta ascendente, bisogna (poichè tali fatti non si possono spiegare semplicamente con le leggi della condizione del suono) ammettere che trattasi di rumori prodottisi in due diversi punti del cuore, che, in tal caso, sarebbero i due ostii sinistri ». Secondo l'autore questo principio non può essere ritenuto come assolutamente inconcusso.

Egli è convinto, che un rumore sistolico mitralico possa essere contemporaneamente percepito, con intensità quasi eguale, in molti punti lontani fra loro: alla punta del cuore, nel dominio dell'aorta, alla base del cuore, ecc. Un rumore mitralico sistolico può, secondo lui, presentare una forte intensità alla punta del cuore, essere flevole o del tutto impercettibile alla base dell'organo, ed essere nettamente ascoltato nel dominio dell'aorta.

Ed, a sostegno di questa sua aeserzione, egli adduce un caso, nel quale la necroscopia dimostrò con la massima evidenza tal cosa. In un cardiopatico, un uomo in sulla quarantina, si percepiva, alla punta del cuore, un rumore sistolico nettamente musicale, il quale si afflevoliva in direzione della base del cuore; nel dominio dell'acrta percepivasi un rumore nettamente sistolico, il quale aveva lo stesso timbro come alla punta del cuore.

All' autopsia fu constatato che soltanto la bicuspide era alterata; le valvule aortiche e l'aorta
apparivano intatte. Può altresi accadere, che un
rumore diastolico mitralico, il quale venga percepito nettamente alla punta del cuore, diminuisca
di intensità a destra, e ricomparisca spiccatamente nella parte inferiore dello sterno; oppure possono originarsi altre combinazioni, le quali possono ben comprendersi, tenendo presente quanto
sopra è stato detto. La spiegazione di questi fatti
non presenta alcuna difficoltà. Il rumure mitralico, chiaramente percettibile nel suo punto di
origine, può contemporaneamente essere bene ascoltato in molti punti favorevoli alia sua propagazione.

In vero, il rumore, poco o nulla percettibile là dove si origina, può contemporaneamente propagarsi accentuatamente in due punti; e allora i rumori dai punti del massimo di intensità si affievoliscono in direzione del sito di origine. Quando un rumore sistolico della mitrale si propaga spiccatamente in due direzioni, i punti compresi fra i due massimi di intensità non presentano ovunque le stesse condizioni favorevoli per la propagazione del rumore, e questo deve allora necesariamente apparire più flevole fra le due estremità, oppure può essere ivi del tutto impercettibile.

Dalle numerose osservazioni cliniche dell' autore risulterabbe quanto segue: Spesso alla punta del cuore si percepisce un forte rumore, che diminuisce uniformemente di intensità in tutte le direzioni, sicchè non lo si ode affatto al margine sternale sinistro ed alla base del cuore. In altri casi, il rumore, ch' è chiarissimo alla punta del cuore, diminuisce di intensità in differenti direzioni, per poi ricomparire ch aro in punti più remoti; ne è raro il caso, che in questi ultimi apparisca più accentuato che alla punta del cuore. E cosi, per esempio, può avvenire che il rumore si affievolisca più o meno in direzione della base del cuore, per ridivenire netto, spiccato, nel territorio dell' acrta. Altre volte, il rumore è forte alla punta del cuore, diminuisce di intensità in direzione della linea parasternale, ridiviene qui accentuato, e raggiunge la sua massima intensità al margine sternale, a partire dal secondo spazio intercostale in giù; per lo più, viene percepito con la massima intensità nel terzo spasio intercostale.

Spesso si ha occasione di constatare, che questo rumore si estingue al margine sternale, ovvero si propaga molto affievolito allo sterno ed al margine sternale. In alcuni rari casi si diffonde intensamente alla parte inferiore dello sterno, e si può agevolmente accertare, che il rumore percepibile alla parte inferiore dello sterno, sta in rapporto con quello che si ode al margine sternale, e non vi è propagato dalla punta del cuore,

In fine, il rumore può anche diminuire di intensità dalla punta del cuore all'esterno ed in sopra, e ricomparire netto e chiaro nel terzo o nel secondo spazio intercostale. In altri casi il rumore alla punta del cuore è molto debole oppure non lo si percepisce affatto; lo si percepisce fortemente nel quinto spazio intercostale, nella linea parasternale, e diminuisce nuovamente di intensità, in direzione dello sterno; oppure il rumore, nettamente percepibile alla punta del cuore, diviene qualche volta più accentuato nel quarto e nel terzo spazio intercostale, per poi diminuire nuovamente di intensità in tutte le direzioni.

Volendo ora stabilire i massimi di intensità del rumore sistolico della mitrale i quali avrebbero un valore decisivo per stabilire la diagnosi di insufficienza mitralica, si deve affermare, secon io l'autore, che il runore sistolico di questa valvola può essere percepito nettamente, a livello del 2º spazio intercostale, quasi in ogni punto della regione cardiaca. I punti prediletti sono la punta del cuore, una sona compresa fra la punta del cuore ed il margine sternale nel quinto spasio intercostale, il margine sternale sinistro nel secondo, nel terso o nel quarto apasio intercostale, più di rado il territorio dell'aorta, rarissimamente la parte inferiore dello sterno.

Come punti del maximum di intensità del rumore sistolico della mitrale furono ritenuti finora la punta del cuore, il quarto spanio intercostale (1 122 pollici dal margine sinistro dello sterno), il terzo spazio intercostale (1-1-1/2 pollice dal margine sternale sinistro; Friedreich), il secondo spazio intercostale (2 pollici dal margine sternale sinistro; Naunyn). Curschmann, Balfour e l'autore hanno, l'uno indipendentemente dall'altro, fatto rilevare, che in quest' ultimo punto il rumore sistolico della mitrale può essere percepito chiaramente ; laddove alla punta del cuore insieme alla sistole si percepisce una risonanza indistinta oppure un tono sordo. Bamberger afferma, che la massima intensità del rumore sistolico corrisponde alla punta del cuore, oppure alquanto più in sopra ed a sinistra, in direzione del capezzolo. El anche Biernacki in alcuni casi di pura e semplice insufficienza della mitrale ha percepito con la massima intensità il rumore al margine sternale sinistro, e non già alla punta del cuore, Secondo Walske, qualche volta il rumore sistolico viene percepito con la massima intensità al di sopra ed un poco all'esterno del capezzolo. E, a quanto pare, Waiske finora sarebbe stato il solo ad affermare, che il rumore sistolico della mitrale ha talvolta la sua massima intensità nel territorio della tricuspide.

In certi casi di insufficienza mitralica, dice egli, il rumore viene talmente afficyolito dal polmone enfisematoso, che viene meglio percepito a destra, e può simulare un rumore tricuspidale.

Le indicazioni dei clinici circa i rumori della tricuspide, debbono essere riguardate, dice lo autore, come monche e difettevoli. Skuda asserisce, che i toni ed i rumori del ventricolo destro ordinariamente vengono percepiti con la massima intensità nel messo della metà inferiore dello sterno, dove il ventricolo tocca immediatamente la parete toracica.

Ed in un altro punto dice: « l'insufficienza della valvola tricuspide viene quindi, riconosciuta da un rumore nel ventricolo destro durante la sistole, e dalla contemporansa pulsazione delle vene giugulari. Lo stesso rumore sensa pulsazione e senza distensione delle vene giugulari, non dinota l'insufficienza della valvola ».

Socondo B am b e r g e r, la massima intensità dei rumori tricuspidali corrisponde all'estremità inferiore dello sterno. Il rumore sistolico con la massima intensità all'estremità inferiore dello sterno, pressochè a livello della inserzione della quinta cartilagine costale, dinota l'insufficienza della valvola tricuspidale, solo quando il cuore

è notevolmente accresciuto nel diametro in larghesza, e le vene giugulari appariscono molto

gronfie e pulsanti.

Quanto alla endocardite della valvola tricuspidale, Bam berger dice: « I fenomeni fisici in nessun caso erano tali, da autorizzare una disgnosi ben fondata della malattia; ed anche quando in tali condizioni venga percepito un rumore sistolico della tricuspidale, da questo solo fatto non si può desumere nulla, perchè i rumori accidentali della tricuspide, o ad essa propagati, sono frequentissimi.

Si potrebbe supporre, con qualche probabilità l'esistenza della endocardite della tricuspida in base ad un rumore sistolico, specialmente allorchè questo apparisce in condizioni, in cui notorismente, suole esservi tale malattia, e si distingue essenzialmente per l'altezza del timbro a per qualche altro carattere peculiare >.

Secondo Friadreich, la diagnosi di insufficienza della tricuspide è, per lo più, fondata sulla esistenza di un rumore sistolico (con o senza contemporaneo tono sul ventricolo destro, che raggiunge la sua massima intensità sulla parte inferiore dello sterno, e quindi non può essere riguardato come un rumore propagato da un altro ostio.

Il Rosenstein afferma che, nella insuffieienza della tricuspide si percepisce un rumore di soffio sulla parte inferiore dello sterno. che raggiunge la sua massima intensità al margine sternale destro, al livello fra la quarta e la quinta costola,

Per distinguerlo da un rumore mitrelico propagato, bisogna badare sopratutto al timbro del rumore.

Walshe ha indicato alquanto più esattamente il carattere di ramori tricuspidali sistolici: essi sarebbero molli e profondi, ed il meximum di intensità si trova immediatamente al disopra del processo ensiforme, oppura a livello di quest'ultimo.

Egli opina che essi, in generale, sarebbero rari, e che sovente vengono mascherati da un intenso rumore mitralico.

I risultati, a cui l'autore è pervenuto nelle sue ricerche sui rumori della tricuspide, possono essere riassunti come segue: i rumori sistolici tricuspidali hanno uno spicoato carattere acustico ed una determinata aja di estensione: essi sono molli, delicati, rassomigliano ad un soffio dolce, soltanto di rado sono aspri, piuttosto superficiali, e d'ordinario il timbro della loro risonanza - uole essere alquanto più elevato dei contemporanei rumori sistolici della mitrale.

Il carattere dei rumori è determinato dalla qualità dell'ostio, dalla intensità della corrente sanguigna (la quale dipende dall'energia della contrazione del cuore) e dai caratteri fisici delle

adiacense dell'ostio.

La differenza di questi fattori efficienti, specialmente degli ultimi due, spiega in modo sufficiente perchè i rumori mitralici hanno un carattere differente da quelli triouspidali.

varia in altesza ed in larghezza, secondo l' intensità del rumore.

Il rumore sistolico tricuspidale può essere percepito su tutto lo sterno, a partire dal suo punto più profondo fino a livello del primo spazio intercostale.

Nella maggior parte dei casi esso ha il suo massimo di intensità sullo sterno, nello spazio compreso fra la tersa e la quinta costola, per lo più a livello del quarto spazio intercostale e per lo più suole essere più accentuato nella metà sinistra anziche in quella destra dello sterno: ben di rado suole essere più intenso nelle parti più profonde dello sterno.

Inoltre, il rumore suole diffondersi, al di là del margine sternale, così a destra come sopratutto a sinistra, sicché al margine sternale destro a nelle sue vicinanze sucle essere percepito quasi con la stessa intensità come sullo sterno. A quanto pare, è sopratutto nel terzo spazio intercostale, ove il rumore suole diffondersi molto a sinistra.

A livello del primo e del secondo spazio intercostale, esso, per lo più, rimane circoscritto allo sterno; però, anche nel secondo spazio intercostale. esso, qualche volta, oltrepassa di molti centimetri il margine sternale sinistro.

Più di rado il rumore oltrepassa il margine sternale destro; però, qualche volta l'autore potette percepirlo chiaramente, fino a 8 centimetri dal margine sternale destro, nel terzo, nel quarto nel primo e nel secondo spazio intercostale.

La distinzione fra i rumori sistolici tricuspidali e quelli mitralici, non presenta difficoltà ri-

Secondo l'autore, il carattere acustico di questi due rumori è così essenzialmente differente. che basterebbe già questo solo fatto, per distinguerli fra loro. Così, p. es., il rumore tricuspidale, che è percepibile sullo sterno a livello del secondo spazio intercostale, può essere facilmente distinto dal rumore sistolico.

Facilissima riesce la diagnosi differenziale, quando le aje dei due rumori sono esattamente circoscritte, come qualche volta accade; però, anche quando esse passano, più o meno l'una nell'altra, non sarà difficile giudicare i rumori, tenendo conto del timbro e dei punti massimi di loro intensità.

Il rumore sistolico della mitrale si propaga allo sterno: però qui esso è sempre più debole che negli altri punti. In alcuni rari casi il rumore mitralico ha il suo maximum di intensità nella parte inferiore dello sterno; però, soltanto in questo punto lo si ode chiaramente, giacché nelle parti super iori dello sterno esso non viene percepito affatto oppure, ben poco.

Il rumore mitralico, che é chiaramente percepibile al margine sternale sinistro, ha il suo maximum di intensità piuttosto a breve distanza dal margine, laddove il rumore tricuspidale è più intenso rasente il margine sternale.

Il rumore sistolico della mitrale, si propaga qualche volta al margine sternale destro, però-La sona di estensione del rumore tricuspidale | t ranne al primo ed al secondo spasio inter-

costale, deve può estere molto accentuato è m olto flevole. Il rumore mitralico, che è chiaro in questi punti, non si propaga agli spazii inte roostali profondi, giacche dalle osservazioni dell'autore risulterebbe che esso termina d'un tratto a livello della terea costola.

E' innegabile, però, che occorrono casi, in cui le condizioni sono più o meno complicate, ed allora riesce difficile determinare con precisione il punto di origine e di provenienza dei rumori.

Cosi, p. es., qualche volta l'autore constatò che i rumori a livello dello sterno divenivano più intensi, mentre nella regione cardiaca sinistra diminuivano di intensità, o viceversa.

Altre volte ebbe a rilevare, che il rumore mitralico, che prima non si percepiva affatto sullo sterno, dopo qualche tempo lo si ode ivi più o meno nettamente: ovvero, che il rumore mitralico, che prima era ivi debole, divenne più in-lè un fatto oramai ben ribadito da accurate ostenso, laddove il rumore tricuspidale, che prece- servazioni anatomiche ed istologiche. dentemente era intenso, diminui di intensità oppure scomparve del tutto.

E' agevole comprendere, che in questi casi la diagnosi è difficilissima. Come spiegare codesti strani fenomeni testè cennati?

L'autore afferma che, su tale riguardo, egli, in base a considerazioni teoretiche e ad una lunga osservazione clinica, si è convinto che, probabilmente, anche in condizioni normali, le oscillazioni nella intensità dei toni non si hanno in grado eguale nei due ventricoli, ma che probabilmente in un ventricolo i toni cardiaci divengono meno intensi, e nell'altro la loro intensità persista immutata, e che può altresi darsi il caso, che i toni in un ventricolo si affievoliscono, e nell'altro aumentano di intensità. Le osservazioni cliniche hanno ribadito in lui questo concetto.

In fatti, non ha guari, in un caso di affesione acuta del miocardio, nel quale ebbe occasione di studiare determinati fenomeni fisici (variazioni del polso, e corrispondenti oscillazioni di volume del fegato e della milza), accerto la ineguale contrazione dei ventricoli, la diminusione di energia in un ventricolo con contemporanea diminuzione della stessa nell'altro ventricolo.

A partire da quel tempo, egli si è convinto che questo fenomeno è frequente nel cuore in-

Inoltre, l'autore fa rilevare, che egli ha studiato i rumori tricuspidali in casi di insufficienza e stenosi della mitrale, in un caso di endocardite acuta della mitrale e della tricuspide, nell' anemia e nelle affezioni del miocardio. In tutti questi casi egli constatò che detti rumori presentavano, su per giù, lo stesso carattere.

Nei casi di insufficienza e stenosi mitralica, esistevano più o meno pronunziate, le conseguenze della menomata attività funzionale del ventricolo destro.

Nelle croniche affezioni del miocardio, l'autore ha spesso ascoltato rumori della tricuspide, e contemporaneamente vi erano pure rumori mitralici.

Sovente, i rumori mitralici esistevano soli. Di

rado si percepiva un rumore soltanto sullo sterno mentre alla punta del cuore percepivasi un tono netto. I rumori tricuspidali, in riguardo al lero carattare acustico ed alla loro propagazione, mostrano gli stessi caratteri come negli altri mentovati processi patologici.

1 rumori mitralici e tricuspidali, che possono insorgere nelle diverse fasi delle croniche cardiopatie, esistono sovente in un primo stadio di queste ultime, quando il cuore ha ancora un volume normale, e si può escludere che si trovi in uno stato adinamico.

L'autore attribuisce questi rumori, che riguarda come un importante fattore diagnostico delle croniche cardiopatie, alle alterazioni dei muscoli

papillari.

La degenerazione dei muscoli papillari, il loro prevalente ed intenso impegno nelle cardiopatie,

In fine l'autore fa rilevare, che il constatamento di un rumore sistolico della mitrale e della tricuspide, oppure in una sola di queste valvole, il quale possa essere attribuito ad alterazioni dei muscoli papillari, non dinota sempre una grave lesione del miocardio, perchè il processo può essere limitato prevalentemente oppure unicamente ai muscoli papillari, e rimanere circoscritto per lungo tempo ai medesimi (Wiener klinische Wochenschrift, n. 7, 1897).

RASSEGNA DELLA STAMPA

CHIRURGIA

Sulla sacro-coxalgia. — La sacro-coxalgia o srtrite tubercolare sacro-iliaca è spesso sconosciuta, specialmente al suo inizio a causa della poca intensità che presentano in questo momento i suoi sintomi principali.

Il delore è il primo sintoma che richiama l'attenzione dello infermo, ma esso ha caratteri variabili. Il più spesso è una nevralgia causata dall' irritazione dei nervi del plesso sacrale, irritazione dovuta sia alla compressione esercitata dalle fungosità, sia a propagazione dell'infiammazione vicina.

Ordinariamente fin dal principio, l'articolazione stessa è dolente: dolore continuo, anche notturno nel decubito dorsale; più spesso è risvegliato solamente dalla pressione delle ossa, durante la deambulazione o nella stazione eretta.

La pressione esercitata a 8 dita trasverse in fuori della cresta sacrale, lo risveglia molto forte. A questi dolori si deve attribuire la contrazione dei glutei o dello psoas, la claudicazione, atteggiamenti viziosi.

La seconda fase della malattia è caratterissata dalla comparsa di una tumefazione molle ed edematosa in corrispondenza della natica. Nel bacino questa si rende approzzobile al palpamento pel retto, sulla faccia anteriore dell'articolazione.

Ben presto accade la suppurazione di quel che prima era molle-elastico e si entra nel 8º stadio della malattia.

Questi ascessi si fondono lentamente, senza piressia, sia portandosi verso dietro (a traverso i glutei) formando un ascesso a bisaccia o salendo verso i lombi, oppure scendendo verso l'ischio; più spesso sono prima intra-pelvici e seguendo lo psoas finiscono per aprirsi all'inguine, oppure (passando per l'incisura ischiatica) sollevano il solco delle natiche o, finalmente, si espandono nello spazio pelvi-rettale superiore.

Questi ascessi si aprono presto per una o più fistole. I dolori quasi sempre si attenuano o scompaiono per la decompressione dei nervi; al contrario lo stato generale si aggrava, la morte (se non si interviene) è a breve distanza: morte per cachessia dovuta a suppurazione, morte per tisichezza polmonare, morte in fine per meningite spinale od ulcerazione dei vasi pelvici.

La diagnosi differenziale tra questa affesione e l'artrite reumatica, blenorragica, infettiva, sifilitica, isterica, da morbo di P o t t, la coxalgia, la tubercolosi ossea dell'ileo, della spina sciatica, del sacro, delle vertebre, è facile. Oltre dell'anamnesi, bisogna bene precisare la sede ove il dolore è più forte, sia allo esterno che allo interno del bacino; su questa sede anatonica si fonda la diagnosi.

In tutti i periodi bisogna insistere sulla cura generale: suralimentazione razionalo, olio di fegato di merluzzo, aria adatta.

Al principio, quando si tratta ancora di una lesione secca, poco estesa, si curerà come ogni artrite tubercolare in primo periodo, cioè con la immobilizzazione: il riposo dell'articolazione si ottiene col decubito dorsale; se ne impedirà, poi, con adatto apparecchio la mobil.tà.

Nel periodo di pastosità bisogna intervenire chirurgicamente, poichè le fungosità danno luogo a formazione di ascessi; a più forte ragione, poi, si aprirà quando vi sono ascessi o fistole. L'intervento deve essere radicale.

L'incisione, parallela al grande asse della tumefazione o dello ascesso, sarà generosa; si seguirà poi il decorso dei seni fistolosi, ai apriranno questi, si abraderà tutto quanto è necrosato. Se vi sono lesioni ossee profonde, si vada
fin nel bacino e si esplori se mai vi è altra magagna. Fatto il raschiamento e deterso il campo
si zafferà l'escavazione con garza sterilizzata e
si metterà qualche punto agli estremi della ferita.

L'operazione è controindicata sia dallo stato generale dello infermo poco lodevole, sia da altre carie di natura tubercolare diffuse. In questo caso basta limitarsi ad aprire lo ascesso e trattare asetticamente le fistole.

Una lesione polmonare di poca entità non impedisce che si esegua un atto operativo, dal quale lo stato generale dello infermo risente grande giovamento, sopprimendo la suppurazione (L'Abbille mèdicale, 6 marzo 1897)

Nacciarone

Le ferite delle arterie nelle fratture della gamba.—
Duret di Lilla riporta il seguente caso. Un uomo di 51 anno, volendo salire su d'un tramway
cadde e si fratturò la gamba. Essendosi arrestata
l'emorragia, lo spostamento essendo poco notevole
e sembrando l'attrito delle parti molli insignificante, l'autore applicò un apparecchio gessato.
I giorni consecutivi lo stato generale dello infermo lasciò molto a desiderare; vi fu ipertermia.

Al 5º giorno, tolto l'apparecchio, si constato che l'estremità dell'alluce era secca, nera, insensibile: al dorso del piede eravi una flittena. Richiedendo il caso l'amputazione, l'autore l'esegui al luogo di elezione.

Dissecato il pezzo, al suo esame si trovò: frattura comminutiva della tibia e del perone; due frammenti della tibia avevano av ito una capitale azione nella produzione dell'accidente disgraziato. Il 1º sollevava la arteria tibiale anteriore (come fa un ponticello per la corda di violino) e la comprimeva tanto da impedire in essa il passaggio di sangue. Il 2º aveva e mpletamente raciso la tibiale posteriore.

L'autore riporta il caso, perchè è raro che (faori i grandi traumi) le due arterie principali della gamba sieno ferite contemporaneamente in modo da non permettere ulteriore passaggio del sangue nelle parti più periferiche-

L'autore espone i differenti accidenti che possono sopraggiungere in seguito alla ferita dei vasi e la condotta da tenere nei differenti casi.

Egli divide gli accidenti in: immediati e secondarii; tra i primi mette la raccolta, l' infiltrazione sanguigna, l' emorragia grave; tra i secondi, lo aneurisma e la gangrena.

Parla della possibilità dell'esito in suppurazione della raccolta sanguigna e quindi di quello in gangrena e della necessità dell'amputazione.

Il raffreddamanto dell'arto, il suo colorito livido, la mancansa di pulsazione delle pedidee, parlano per la mancata circolazione nella parte. L'autore accenna alle emorragie secondarie ed ai modo come queste si determinano.

L'aneurisma è raro e quasi sempre falso; ad ogni modo, contro di esso giova molto la compressione digitale a distanza. La gangrena per lo più è secca; la gangrena umida si ha solo quando vi sono lesioni venose consomitanti (L'Abeille mèdicale, 26 febbraio 1897).

Nacciarone

SIFILOGRAFIA

Sulie difficultà che incentransi talvelta nella diagnosi delle eruzioni sifilitiche. Hutchinson. — L. e ruzioni sifilitiche del periodo secondario non presentano per sè stesse, alcun carattere assolutamente patognomonico, che basta a far riconoscere in modo certo la natura dell'affezione, senza il soccorso d'altri elementi diagnostici. Tuttavia, nel 90 o 95 per cento dei casi, la diagnosi non presenta difficultà, giacchè, mentre da un lato, l'aspetto generale dell'eruzione fa sospettare l'o-

rigine sifilitica di essa, un tale sospetto trova conferma sia nell'anamnesi, e specialmente nella Ipregressa esistenza d'un sifiloma iniziale, sia nelesistenza attuale d'una poliadenopatia, o di

lesioni faringee, e via dicendo.

In certi casi però, mentre l'aspetto dell'erusione fa pensare alla sifilide, l'organismo dell'infermo non presenta alcun'altra lesione, che possa rischiarare il problema diagnostico; e, d'altra parte, l'anamnesi è anch'essa negativa. Bisogna, allora, differire la diagnosi, sino a che essa sia resa possibile dal decorso ulteriore del caso, giacchè nè il polimorfismo, nè la colorazione rameica, nè la distribuzione dell'efflorescenza, bastano a renderci sicuri che si tratti di sifilide. L'affermare che un' eruzione è sifilitica, solo perchè l'aspetto generale di essa rende « probabile » tale diagnosi, equivale evidentemente a scambiare la probabilità con la certezza, e ad esporsi ad errori, i quali possono riuscire assai penosi per il medico, mentre, d'altro canto, possono avere le più spiacevoli conseguenze per l'infermo, specie in riguardo alle sue relazioni familiari e sociali.

La pityriasis rosea di Gilbert non è sempre realmente « rosea »: in non pochi casi, essa presenta un colore ed una distribuzione che rassomigliano assai da vicino a quelli d'un'eruzione sifilitica precoce. L'autore ha conosciuto diversi individui, nei quali si era fatta la diagnosi di sifilide, mentre essi erano semplicemente affetti da una pityriasis rosea.

Egli riferisce pure il seguente caso, abbastanza interessante.

In un bambino manifestossi, otto giorni dopo la vaccinazione, un'eruzione papulosa generale, di colore bruno-giallastro, la quale, per la sua apparenza, giustificava il sospetto d'una sifilide congenita. Naturalmente, non poteva pensarsi ad una sifilide comunicata con la vaccinazione, non potendosi ammettere un periodo d'incubazione così breve. La diagnosi oscillava, adunque, tra una sifilide congenita ed un'eruzione vaccinica generalizzata. Quest' ultima, però suol essere, in generale più o meno vescicolare; solo in rarissimi casi, è costituita semplicemente da papule giallastre. D' altro canto, non sono punto straordinarii i casi, nei quali la vaccinazione, eseguita in un bambino congenitamente sifilitico, provoca l'apparire d'un'erusione cutanea specifica. Una tale possibilità nel caso in discorso, non era punto esclusa: tuttavia essa era resa improbabile da diverse considerazioni.

Nè il padre, nè la madre del bambino, presentavano alcun segno di sifilide; la madre non aveva avuto alcun aborto; gli altri suoi figli, in numero di cinque, erano tutti viventi e sani. Quanto al bambino in discorso, esso non presentava, all'infuori dell'eruzione cutanea, alcun sintoma sospetto.

Tatte le mucose erano sane. L'eruzione si era sviluppata in modo assai rapido, avendo invaso l'intiero corpo in pochi giorni.

In base a questi fatti, l'autore diagnosticò un' « eruzione vaccinica generalizzata ».

Tuttavia, avendo egli rivisto il bambino quindici giorni dopo, dubitò fortemente d'essere caduto in errore.

L'aspetto dell'eruzione cutanea era spiccatamente quello d'un sifiloderma; inoltre v'erano pustole sulle natiche e piccole ulcerazioni nella regione anale. Diversi colleghi dell'autore, avendo osservato il bambino, si meravigliarono della diagnosi da lui fatta, giacchè per loro non v'era alcun dubbio, che il bambino fosse sifilitico. Tuttavia egli, benchè alquanto scosso nel suo convincimento, credette dover insistere nella diagnosi primitiva, non sembrandogli che essa fosse incompatibile con i fatti attuali.

Consegnentemente, il bambino non fu sottomessa ad alcuna cura antisifilitica. Malgrado ciò, l'eruzione cutanea acomparve completamente entro poche settimane; il bambino è stato, d'allora in poi, in perfetta salute, nè ha presentato il minimo segno di sifilide (The Edimbourgh Medical Journal, marzo 1897).

Loddo

FORMULARIO

Contre le affezieni pruriginese

Negli individui con pelle secca, xerodermica, Broeq consiglia, dopo di aver lavato la parte con sapone e poi con acqua di camomilla calda ed asciugato con cotone idrofilo, la seguente pomata.

Lanolina
Olio di olive
Acido fenico
Oentigram. 80-40

Indi con un piumacciuolo si metterà della polvere di amido o una miscela di polvere di talco e dermatolo.

Se il prurito dipende da una eruzione cutanea, biso gnerà ricorrere alla seguente pomata:

Ossido di zinco	gram.	8
Acido fenico	centigram.	0-40
Acido salicilico	•	65
Lanolina	gram.	12
Vaselina	>	12

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Ai signori abbonati che hanne ricevute la nestra circolare e non ancera hanno adempite a quanto is essa si chiedeva, facciamo neto, eks attendereme a tutte il 20 corrente. Dope tale termino spedireme il ricevo gravate delle spese eccorrenti.

i

Sommano. — 1. Note del giorno. L'apparecchio visivo centrale dal punto di vista diagnostico. — 2. Lavori originali. Ospedale Maggiore di San Giovanni e della Città di Torino. Sezione del dott. Francesco Mercandino. — Di un caso di stenosi mitralica del Durosiez, con comunicazione anomala fra le due orecchiette all'infuori del foro di Botallo. Memoria del dott. Mario Nascimbene. — 8. Società scientifiche. — 4. Rivista di Clinica. Clinica medica della Pietà in Parigi (prof. Jaccoud). Tubercolesi polmonare e sufilide associate. — 5. Note di pratica medica. L'enterite mucosa. — Paralisi spastica familare senile. — 6. Varietà. — 7. Formulario.

NOTE DEL GIORNO

L'apparecehis visive contrale dal punto di vista diagnos lee (Obersteiner).

La retina è, soltanto in parte, un organo periferico di sento, giacchè una gran parte di essa appartiene all'organo centrale. Anche il nervo ottico è un elemento dell'organo centrale. A favore di ciò depongono: a) l'embriologia, b) il fatto che un nervo ottico non si rigenera mai, e c) lo incrociamento dei nervi ottici. Kölliker ha affermato che l'incrociamento dei nervi ottici è totale; però numerose osservazioni dimostrano che ciò è esat o soltanto per i vertebrati di ordine inferiore. Quanto più in alto si sale nella scala dei mammiferi, tanto minore è il numero delle fibre che si incrociano. Anche anatomicamente ha potuto essere dimostrato un fascio non incrociato nel nervo ottico. Nel chiasma vi sono fibre incrociate e fibre non incrociate, come pure il fascio della commissura posteriore, che non sta in alcun rapporto col senso della vista. Il tratto ottico gira intorno al peduncolo cerebrale, e poi si divide posteriormente in due parti: la radice mediale e quella laterale del tratto ottico. Quest'ultima conduce ai tre ganglii primarii sensitivi del nervo ottico.

Sulla corteccia cerebrale, la sfera visiva propriamente de ta è circoscritta alle adiacenze della scissura calcarina. La costeccia di questa regione ha una speciale struttura anatomica, perchè in essa vi è una stria trasversale di sostanza midollare. La retina è, fino ad un certo grado, projettata sopra questo campo visivo. Tuttavia, non è a credere, che le percezioni ottiche sieno im magazzinate nelle cellule ganglionari di questa regione. Il campo ottico sta in rapporto, mediante numerose via di associazione, con gli altri territorii, e specialmente con la favalla.

La recisione totale del nervo ottico determina amaurosi completa e perdita del riflesso luminoso diretto della pupilla; però, il riflesso luminoso consensuale rimane conservato. Le lesioni parziali del nervo ottico determinano soppressioni dell'attività funsionale nel campo visivo (scotoma). Gli scotomi centrali occorrono nella sclerosi multipla, ma non si osservano nella tabe.

Le lesioni nel messo del chiasma, cagionano la soppressione funzionale della metà nacale del campo visivo (emianopsia bitemporale) come suole occorrere anche nei tumori dell'ipofisi. Tutte le lesioni della via ottica, le quali stanno posteriormente al chiasma, fino alla corteccia cerebrale, determinano i fenomeni dell'emianopsia omonima. Nelle affezioni del tratto ottico, sovente è impegnato pure il limitrofo peduncolo cerebrale. Nel tratto ottico decorrono altresi le fibre destinat; per la pupilla; e nelle lesioni propriamente dette del tratto ottico, si osserva la reazione pupillare emianopica, la quale in vece manca nelle lesioni della porsione posteriore della via ottica.

Una speciale importanza hanno le affesioni bilaterali dei lobi occipitali. Si produce allora una emisnopsia bilaterale; ma il puuto di fissasione (in corrispondenza della macula lutea) rimane conservato. Si è tentato di spiegare ciò con la innervazione bilaterale, con le migliori condizio. ni trofiche e con la più ampia distribusione delle fibre che stanno in rapporto con la macula lutea. Il disturbo di orientazione, probabilmente, non deve essere attribuito ad un'affezione della corteccia cerebrale, sibbene ad una distrusione di vie di associazione. La distrusione delle vie di associazione fra la regione ottica e la regione fonatoria induce i fenomeni dell'afasia ottica, in cui l'inf-rmo percepisce gli oggetti, ma non può riconoscerli con la sola impressione ottica (Therapeutische Wochenschrift,n. 7, 1897).

Meyer

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE MAGGIORE DI SAN GIOVANNI E DELLA CITTÀ DI TORINO, SERIORE DEI CANCELLO DE UN CASO DI STENOSI MITRALICA DEL DUROZIEZ, CON COMUNICAZIONE ANOMALA FRA LE DUE ORRICHIETTE ALL'INFUORI DEL FORO DI BOTALLO, memoria del dott. Mario Nascimbere.

Il caso, di cui intendo esporre, assume una importanza abbastanza notevole, non tanto per la malattia in sè, quanto per la sua gravessa e il decorso rapido, e per la sua natura etiologica: l'anormale comunicazione poi, che venne riscontrata all' autopsia, fra le due occhiette all'infuori del foro di Botallo, oltre al fatto di presentarsi in modo rarissimo, serve a meglio dimostrare l'alterazione grave, che era locelizzata al cuore.

Storia Clinica. — Angela Gualtarto, d'anni 12, scolara. Genitori viventi e sani: la madre ebbe due aborti, ebbe in seguito dieci parti a termine: di questi ne sopravissero sette, essendone morti tre in tenera età. La madre non sofferse mai nè di reumatismo, nè di cardiopatia. La bambina non ebbe mai alcuna malattia d'importanza, neppure quelle dell' infanzia. La madre racconta che notò nell'ammalata sempre una cianosi intensa del volto.

La presente daterebbe da un anno e messo (giugno 1895), ed avrebbe avuto inizio da uno spavento, dopo il quale la bambina dice d'aver sempre sofferto di dispnea e cardiopalmo, specie nelle fatiche, e talora anche di lipotimie.

Nell' inverno successivo cominciò a notare edemi agli arti inferiori, fenomeni che in seguito a medicamenti sparivano per poi ricomparire.

Dall'agosto all'ottobre, vi fu un periodo di sosta per gli edemi, perdurando però cardiopalmo e dispuea quando s' affaticava un poco.

Nella metà di ottobre, ricomparvero gli edemi che persistettero fino ad ora con brevi intervalli di benessere.

In questi ultimi tempi però, gli edemi aumentarono talmente che la costrinsero a ricorrere all'ospedale dove fu ricoverata il 3 gennaio 1897.

L'ammalata ha una costituzione scheletrica regolare, con pannicolo adiposo discretamente sviluppato: presenta una cianosi intensa delle guancie, naso, labbra, palpebre; ha forti edemi del tronco e delle gambe, che sono pure fortemente cianotiche: il ventre è fortemente teso e pieno di liquido ascitico: non vi sono dita a martello. L'ammalata presenta una grave dispnea ed ha il polso piccolo, debole, frequente ed irregolare (120).

Al collo non si notano pulsazioni.

Temperatura rettale 89°,6

Torace. — La metà sinistra è più sollevata della corrispondente parte destra ed è meno mobile nei movimenti di respirazione.

cussione chiaro sino alla VI costa; a sinistra fi- cano delle scarificazioni nelle gambe: dalle ferita no al margine inferiore della II costa al di- scola abbendante liquido.

sotto il suono & smorzato: il respiro è aspro dappertutto.

Posteriormente, tanto a destra che a sinistra, si ha suono di percussione chiaro : il respiro è aspro e s'ascoltano dei ronchi.

Il fremito è conservato.

Cuore. - Si palpa un urto diffuso della punta nel IV spazio intercostale, subito all' indentro dell' emiclaveare, urto diffuso al III e II spazio, secondo una linea obliqua in alto e all' interno.

L' ottusità assoluta va verticalmente dal margine inferiore della II costa . al margine inferiore della V; trasversalmente dalla marginale destra dello sterno, alla punta sulla linea mamillare trasversa. Nel IV spazio intercostale però l'ottusità si estende più all'infuori.

Alla punta si odono due toni: il 2º preceduto da un rumore breve: questo rumore si ode meglio nel III spazio alla linea parasternale, dove se ne ode ancora un altro, che accompagna il primo tono. Il 2º rumore si ode pure molto bene alla base dello sterno e sull'aorta.

Il 2º tono polmonare, non è guari accentuato.

Addome. — Edema della parete addominale. Pel liquido abbondante il diaframma è spistoia alto, e riesce impossibile la palpazione degli organi addominali : solamente pare che il fegate sporga di due dita dall'arco costale.

Arti inferiori. - Fortemente edematosi e cianotici.

Urine. - Color chiaro; densità 1030; reazione acida: leggere traccie di albamina: negativa ogni altra ricerca.

Questo è l'esame dell'ammalata fatto il giorno 4 gennaio.

Viene praticata la paracentesi, con la quale si estraggono 2500 cc. di liquido citrino, leggermente torbido, contenente il 3 o [co di albamina, e scarsi globuli bianchi e rossi.

In seguito alla paracentesi, l'ammalata si sente più sollevata: la temperatura si abbassa (da 39°,6 a 37°,8); il polso non è più tanto frequente (da 120 è sceso a 100) e si fa più regolare. Internamente viene somministrata la digitale,

in infuso all'1 %.

Dieci giorni dopo, è ricomparsa l'ascite, che giunge all' ombeli ale trasversa: gli edemi agli arti inferiori sono ancora più gravi.

Viene nuovamente fatta la paracentesi, con Anteriormente a destra si ha suono di per-loui s'estraggono 2200 cc. di liquido, e si pratiAl 1º febbraio, verso le ore 11, l'ammalata è colta da brividi intensi di freddo. La temperatura da 36º,6, si porta a 38º,7; il polso si presenta di nuovo irregolare e frequente, dando 122 pulsazioni: la dispuea è grave.

L'esame obiettivo del cuore dà questo reperto. Diametro verticale: dal margine inferiore della II costa al margine inferiore della V; diametro trasversale: dalla marginale destra dello sterno all'ascellare anteriore sinistra: la punta batte nel V spazio intercostale nella linea ascellare: si percepisce però più distinta nel IV spazio, diffusa verso l'interno. Tanto alla punta come su tutti i focolai, si percepiscono i due toni, ed un rumore fra la sistole e la diastole, rumore che si continua colla diastole.

Nella notte la bambina m ore.

Autopsia. — All'autopsia, fatta dal chiarissimo prof. Pio Foà, si rileva quanto segue:

Il cervello è edematoso e molto congesto.

Non si osserva versamento pleurale, si ha invece versamento pericardico abboniantissimo.

Il cuore si presenta ipertrofico, dilatato. La punta del cuore è fatta in prevalenza dal ventricolo di destra, che è ipertrofico eccentricamente: il ventricolo di sinistra è p'ccolo, atrofico. Le orecchiette sono dilatate, ipertrofiche, specialmente la sinistra. Si osserva una grave stenosi dell'orificio ventricolo-auricolare sinistro: le due valve della mitrale sono unite fra loro, così pure i tendini della valvula sono saldati insieme: la stenosi è tale da lasciare appena un passaggio di tre o quattro millimetri. Si nota ancora una dilatazione ed ipertrofia del cono della polmonare, nonchè una miocardite dei muscoli papillari.

Osservando attentamente, il prof. Foà riscontra una specie di tragitto comunicante fra le due orecchiette, tragitto che permette il passaggio di uno specillo e che è sito al di sopra del foro di Botallo, il quale si trova perfettamente chiuso. I polmoni presentano l'indurimento bruno localizzato alla base.

L'ascite è abbondante: il fegato è un pò ingrossato, cianotico: cianotici sono pure i reni, e la milsa, che però presenta visibili i follicoli Malpighiani, come si verifica nei soggetti giovani.

Si tratta dunque di un caso di quella forma di stenosi, che dal Durosi es fu chiamata stenosi mitralica pura.

Quale fu la causa di essa?

Esclusa per l'anamnesi l'eziologia ordinaria

dei vist cardiaci (reumatismo), ed escluse le malattie infettive infantili (scarlattina, morbillo), ed accettando il patema come una causa occasionale, si deve ammettere che il vizio fu congenito: si tratta quindi o di un visio di conforformasione o di un processo di infiammazione avvenuto durante la vita endouterina.

E l'alterazione congenita ha pure il suo appoggio nella lesione, che raramente s'osserva, della anormale comunicazione fra le due orechiette: quando per lo più questa comunicazione esiste, si ha per la mancata chiusura del foro di Botallo.

Questa lesione, che, come la persistenza del foro di Botallo, non darebbe per sè disturbi circolatorii rilevanti, essendosi trovata nel presente caso associata coll'altra lesione grave, quale la stenosi mitralica, favori per l'anomalo tragitto il passaggio del sangue dall'atrio sinistro nel destro e quindi dilatazione delle orecchiette, dilatazione ed ipertrofia del cuore destro, stasi, cianosi, edemi, idrope-ascite, grave scompenso e morte.

Febbraio, 1897.

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Società di biologia di Parigi. - Relazioni tra centri subcorticali e pallie.-Misurazione del potere agglutinante
nei tifosi. - Crisi ipersecretorie nel tic doloroso della
faccia. - Streptococchi e siero di Marmorek. - Tperestesia auditiva dolorosa in un eteromane.- Sul diabete
bronsino. - Potere denitrificante del coli-bacillo e del
bacillo di Eberth. - Espartizione della sostanza agglutinante nel sangue. - Accademia di medicina di Parigi. - Sul miglioramento sanitario dell' industria dei
fiammiferi. - Tarsoptosi e tarsalgia.- Società di chirurgia
di Parigi. - Sulla cura delle fistole vescioo-vaginali. Uretra supplementare. - Sul cancro del retto. - Società
medica degli Ospedali di Parigi.- Manifestazioni nervose
precoci nel morbo di Pott. - Un caso di ladreria nell'uomo. - Cancro del dotto torgoico.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Tornata del 20 tebbraio 1897

Relazioni tra centri sub-corticali e pallie. Dejérine dimostrò, tempo addietro, che solo la parte media del cervello fornisce fibre peduncolari, essendone la parte anteriore e postica degli emisferi sprovviste. Il Flechs ig sostenne poi che le sole circonvoluzioni rolandiche, il lobulo paracentrale, il cuneo, l'ippocampo e la parte posteriore della prima circonvolusione temporale, potessero dare fibre proiettive mentre tutto il resto del pallio (circa i 218) avrebbe null'altro che un'azione associativa tra i precedenti centri.

L'oratore combatte energicamente questa teoria poggiandosi sull'anatomia normale e patologica. La prima dimostra, infatti, che, tegli eseguiti in un punto qualsiasi del cervello, fanno (1,040%). notare fibre lunghe che dalle cellule corticali si dirigeno e giungono ai gangli centrali; la seconda pci che, in caso di lesione certicale, si producono sempre (se le lesioni hanno tempo di evolversi) degenerazioni secondarie che vanno fino al talamo ottico, qualunque sia il punto leso del mantello,

Misuraziono dei petero aggistinante nei tifesi. Widel e Sicerd hanno potuto constatare che : la gravessa del tifo non sta in rapporto con l' intensità del potere agglutinante; questa intensità varia tra caso e caso ed in uno atesso individuo: però diminuisce sempre nella convalescenza, più o meno lentamente. Dunque, la reazione è propria del periodo di infezione, non già una reazione di immunità.

Gli oratori rivendicano ad essi la priorità nell'aver stabilito questo fatto.

Orisi ipersecreterie nel tio delerese della faccia. Klippel e Lefas riportano un caso in cui i 2 fe nomeni che costituivano la crisi, (dolore ed ipersecrezione), si alternavano reciprocamente, cioè l'uno si attenuava e diminuiva a misura che l'altro crescevs.

Gli oratori pensano che il centro salivare, avendo acquisito, per continui stimoli, una notevole escitabilità, possa pei essere messo in iperattività da un dolore di breve durata e poco intenso.

Dal punto di vista della patologia generale gli oratori ricordano, al proposito, che la crisi di asma (che comprende abitualmente lo spasmo dispuoico e l'ipersecrezione bronchiale), può manifestarsi con parosismi in cui l'ipersecrezione appare quasi da sola.

Streptecoschi e slere di Marmorek. Méry e Lorrain hanno isolato in scarlattinosi, 7 varietà di streptococchi, di cui 6 assolutamente ribelli al siero di Marmorek.

Rènon dice di avere adoperato (insieme al Bar) il siero di Marmorek nella infesione puerperale senza alcun risultato.

iperestesia auditiva deloreca, in un oteremane. Gelle in un etercmane di 60 anni, ha potuto se guire l'evoluzione dell'intessicazione per vapori di etere. Ogni piccolo rumore era insopportabile per l'infermo che cercava il silenzio; il chiasso lo paralizzava, arrestava ogni lavorio psichico. L'ipereccitabilità dell'adito a poco a poco fu tale che tutto il capo era addolorato.

Dippiù eravi insonnia, e vere allucinazioni acustiche. L'udito era flacco.

Sai diabete brenzine. Parmentier e Cartion hanno esaminato il sangue e hanno dosato il ferro contenuto nei diversi organi di un diabetico; l'esame del sangue dimostro esservi anemia di 2º mero che chiedono di essere ammessi, grande grado, senza leucocitosi o flegmasia.

Pigmento libero o endoglobulare assente. Ferro

abbondante nella tirorde (0,817%) e nel fegato

Potere denitrificante del celi-bacille e del bacille d' Eherth. Hugounenq e Doyon.—It coli-bacille e il bacillo di E b e r t h decompegono nello stesso modo i nitrati di K e di Na contenuti nei messi di cultura. Si libera azoto che si elimina sotto forma di bolle gassose.

Ripartizione della sestanza aggiutinante nel sangue. Courmont ha studiato contemporaneamente il sangue di diverse parti dell'organismo, dal punto di vista dell'intensità del potere aggiutinante. Il sangue della milza da le reazioni meno energiche.

Laulanié parla dei disturbi digestivi prodotti dall'inverniciamento della cute e della inanisione mortale che ne è la conseguenza.

Fèrè dimostra l'influenza della posizione dell'uovo sullo sviluppo dell'embrione.

Langiole discute sulla tossicità delle capsule surrenali della ranocchia.

Camus.-Lipesi del penicillum glaucum.

Michel riferisce sulla composizione dei nucleoli delle diverse cellule.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Tornata del 27 febbraio 1897

Sni miglioramente sanitaris dell'industria dei fiammifori. Magitot non crede che sia necessario sopprimere il fosforo bianco nella fabbricazione dei fiammiferi; eppoi anche la soppressione legale di questa sostanza non riuscirebbe allo scopo,

Incitre non si è ancora trovato una sostanza che possa vantaggiosamente sostituire il fosforo.

E' vero che vi sono le macchine automatiche, ma queste hanno solo il vantaggio di ridurre il numero di operai al contatto col fosforo.

La soluzione è riposta tutta nell'igiene.

I danni che minacciano gli operai che maneggiano il fosforo bianco, si presentano sotto due forme: fosforismo e necrosi.

Il fosforismo può essere menomato ed anche sparire con la ventilazione forzata degli ambienti tutti. La necrosi poi sparirà quando si sceglieranno accuratamente operai con bocca sana.

Vallin difende strenuamente la abolizione del fosforo bianco.

Dice che Magitot era dello etesso avviso nel 1895 e che mutò opinione semplicemente perchè ha visto che nella fabbrica di fiammiferi di Algieri, in 12 anni, non si è ammalato neppure un operaio pel fosforo. Li le condizioni sono specisi: ventilazione attiva, preparazione a freddo, operai con denti ottimi (arabi), condizioni slimatiche, facile scelta degli operai pel gran nupulizia dei locali.

Lieratore ritiene che le emenazioni lente di

incessanti del fosforo sono dannose come quelle del piombo e che è difficile difendersi tanto dal fosforismo che dal saturnismo. Le misure igleniche per l'oratore sono accessorie,

Roussel dice che le difficoltà per la sostituzione del fosforo rosso al bianco, sono gravi e che quindi, pur riconoscendone il vantaggio, non si può ancora farla.

Le misure igieniche proposte dal Magitot sono ottime e devono attuarsi, ma ciò non vieta di riconoscere che è meglio tagliare le radici al male con la soppressione di quella venefica sostanza.

Tarseptesi e tarsalgia. Blech, poggiandosi su 40 nuove osservazioni, parla sulla necessità di sdoppiare la tarsalgia di G o s s e li n in 2 entità morbose differenti: il vero piede piatto doloroso che l'oratore propone di designare col nome di tarsoptosi e le altre affezioni dolorose del piede, che raggruppa sotto il nome di tarsalgia.

L'oratore descrive la sintematologia e la cura di ciascuna di queste due affezioni, che possono non pertanto coesistere nello stesso individuo.

SOCIETA' DI CHIRURGIA DI PARIGI

Tornata del 24 febbraio 1897

Sulla esra delle fistele vescice-vaginali. Bazy riporta il caso di una giovane che soffriva di incontinenza assoluta di urina, per la totale distruzione del setto vescico-vaginale e dell' uretra. A
prima vista si vedeva dalla vulva la parete posteriore della vagina fortemente sporgente, di aspetto cicatriziale.

In dietro si trovava l'utero, chiuso e duro, il cui orificio esterno era microscopico; in avanti si vedeva una salienza rossastra, molle e depressibile, costituita dalla parete della vescica inversa. L'uretra non esisteva; la sua parete era trasformata in una specie di linguetta. Dopo aver separato la parete della vescica dalle branche ischiopubliche, l'oratore in una prima seduta tentò di ricostituire tale parete.

La sutura si mantenne solo per la metà della sua lunghezza e per ottenerne la completa restaurazione, come per quella dell'uretra, dovette l'oratore impiegarvi 6 sedute. Avendo avuto la precausione di incurvare la nuova uretra in avanti del pube l'oratore potè permettere all'urina di mantenersi per qualche tempo in vescica mediante l'applicazione di una specie di apparecchio compressivo situato sui pube.

Uretra supplementare. Moty ha osservato un giovane che si credeva affetto da fistola perineale urinaria. L'orificio del canale supplementare era strettissimo e si apriva alla radice dello scroto (faccia posteriore); da esso fuoriusciva urina.

Si trattava di un'uretra sapplamentare, imbutiforme, che non comunicava con l'uretra vera, ma incominciava lateralmente a questa.

Sui sancre del rette. Quénu dice che in caso di carcinomi rettali, bisogna osservare la più scrupolosa antisepsi e crearsi una via larga per asportare il retto canceroso, proprio come si pratica per l'ablasione di una ciste. A tal uopo l'oratore dice che bisogna incominciare a scollare il retto per la sua faccia anteriore. Con una doppia incisione che contorna l'ano e risale al di sopra del coccige si isola l'ano e si chiude questo solidamente; poi, servendosi come punto di ritrovo dei margini anteriori dell'elevatore e del trasverso, si denuda il retto per 7-8 cm. Un catetere nell' uretra permette di evitare la ferita di questa; l'aponevrosi prostatica ed una porzione della prostata possono essere asportate col retto ove sia necessario, Si può in tal modo (pei cancri non molto estesi) guadagnare la parte superiore del neoplasma ed al di sopra praticare una ligatura; poi si procede all'ablazione, senza fare resezione di ossa e si termina l'atto con la formazione di un ano artificiale. L'oratore ha ottenuto buoni risultati, tanto sugli animali che sull'uomo e crede che il processo possa eseguirsi in un certo numero di casi senza che sia necessario ricorre al metodo Kraske o ai processi sacro-addominali.

SOCIETA' MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI

Tornata del 26 febbraio 1897

Manifestazioni nervoce prececi qei merbe di Pett. Siredey e Grognot in 4 cast di propria osservasione, videro gli accidenti nervosi determinarsi molto tempo prima della comparsa dei fenomeni caratteristici del morbo di Pott.

Uno degli infermi ebbe nevralgie lombari per più di 2 anni prima che comparisse un ascesso congestizio; un altro fu paraplegico per circa 2 anni prima dell'ascesso; in altri due l'intervallo tra i fatti iniziali e quelli proprio caratteristici della lesione, non fu minore di 9-12 mesi.

L'intensità di questi accidenti nervosi iniziali del morbo di Pott è variabilissima. In un caso eravi paraplegia completa, in 2 nevralgie violentissime, in un altro un bizzarro miscuglio di eccitabilità spinale e di fenomeni di apparenza nevrosica, che diede luogo a molti errori diagnostici.

Gli orrtori disono che quando i fenomeni precursori del male di Pott si limitano a semplici nevralgie è difficile pensare a lesioni gravi delle vertebre; ma quando questi dolori nevralgici sono tenaci, ribelli ad ogni cura, devono richiamare l'attenzione sopra una simile possibilità.

Moutard-Martin soggiunge che le nevralgie ribelli devono sempre richiamare l'attenzione sulla possibile lesione dello scheletro. In tal modo potè scovrire un osteo-sarcoma dell'osso iliaco perchè la sciatica, da cui era colpito il paziente, durava da oltre 2 anni.

Achard. — Tali disturbi si osservano a preferenza negli adulti colpitida morbo di Pott. Ua easo di ladreria sell' some. Petit riporta la storia di un individuo con incistamento generalizsato di cisticerchi.

La diagnosi gli fu suggerita dall'aver constatato piccoli tumoretti sottocutanei, mobili, in iolenti, disseminati, coperti da cute sana. La diagnosi fu confermata dall'esame di uno dei tumoretti. L'oftalmoscopio non riscontrò alcun cisticerco oculare.

Thiblerge dice di avere in Clinica un individuo sessantenne, con incistamento multiplo di cisticerchi. Dall'età di 28 anni, l'infermo emette frammenti di tenia; però non ha mai avoto disturbi viscerali.

Canere del cotte teracice. Trolcier in un individuo con carcinoma dello stomaco ha rinvenuto propagazione di quello al dotto toracico ed in altri organi. Il dotto toracico era degenerato per tutta la sua lunghessa, ed era completamente ostruito da cellule carcinomatose.

Letulle in tutte le autopsie di cancerosi suole ricercare il dòtto toracico per esaminarlo. Su 12 casi di carcinoma dello stomaco, non ha mai potuto notare la partecipazione al processo, del dòtto toracico.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica della Pietà di Parigi (prof. Jaccoud)

Tubercolosi polmonare
e sifilide associate

Uomo con grave deterioramento organico, accolto in nosocomio il 16 ottobre soorso. L'infermo tossiva, era magro, debole: all'ascoltazione si constatava, ai due apici e specie verso dietro, grossi rantoli sotto-crapitanti ossia umidi, che indicavano una infiltrazione tubercolare estesa ed avanzata, in via di rammellimento. Da questo lato, adunque, la diagnosi si imponeva: l'infermo era in preda ad una tubercolosi polmonare giunta al secondo grado della sua evoluzione.

Questo caso sembrava molto banale; ma, spingendo oltre l'esame, si vide che invece era molto interessante. L'infermo accusava disturbi della deglutizione ed esaminandone la gola si osservavano piastre mucose tipiche sul faringe e nella cavità orale. Esistevano, adunque, 2 stati patologici, sifilide e tubercolosi.

Ed allora, non potendo affermare con certezza che si trattasse di tisi polmonare, fu eseguito lo esame microscopico dell'espettorato, il quale dimostrò all'evidenza infiniti bacilli di K o ch.

Non è raro il fatto che nell'anamnesi di tisici si trovi fatta mensione della sifilide; ma quello che era interessante in questo infermo è che la sifilide si sviluppava in piena attività accanto alla tubarcolosi. Quindi, in presensa di casi di simil genere, bisogna stabilire con tutto il possibile rigore la cronologia dei due processi patologici, con una anamnesi accurata dello infermo, prima di instituire una cura qualsiasi.

L'infermo aveva contratto la sifilide nel 1886 ebbe ulcera dura e poi tutti i fatti secondarii classici: quando entrò in Clinica, già da qualche tempo aveva le piastre mucose. Per contrario, in tutta la sua vita non aveva mai; fino allora, presentato alcuna condizione patologica che lo predisponesse alla tubercolosi; stette in ottime condizioni dell'apparato respiratorio fino al 1890. Da quest'epoca in poi egli ha sempre toesito ed è dimagrato indebolendosi sempre più. Dunque la sifilide precedette di 4 anni la prima manifestazione bacillare in questo infermo.

Stabilito ciò, sorge la questione: è questa una associazione fortuita, oppure v'ha un rapporto di causa (sifilide) ad effetto? (tubercolosi). L'anamnesi su questo punto ci aiuta molto. Questa relazione non è chiaramente appariscente, ma una relazione indiretta si determina incontestabilmente a causa del grave depreziamento organico che la sifilide induce.

Ed allora l'organismo è meno resistente agli agenti patogeni esterni e quindi la sifilide si può benissimo, in questo caso, ritenere come una causa predisponente alla tisichezza polmonare.

Ecco come si deve intendere l'associazione delle due malattie, quando il loro rapporto econologio è tanto significativo.

V'ha però casi in cui l'associazione delle due malattie è più stretta e più intima, perchè è nel parenchima polmonare che si uniscono sifilide e tubercolosi. Ed allora si hanno in primo tempo piccoli noduli indurati che poi si rammolliscono per lasciare in sito una perdita di sostanza, una caverna, più o meno, grande.

Dunque, l'associazione è totalmente completa tra i due processi patologici, per la rassomigliansa delle lesioni concomitanti di ciascuno di essi.

Dippiù, quando la sola sifilide ha determinato, per suo proprio conto, lesioni polmonari, bronco-polmonari, aliora il danno d'invasione tubercolare è al suo maximum, poichè le lesioni sifilitiche servono di richiamo al bacillo di Koch e favoriscono la pullulazione di questo, creando un locus minoris resistentiae. Ed allora se questo sifilitico soffre di una lesione banale pneumonica (per e-

sempio, catarro, enfisema), indipendentemente dalle lesioni sifilitiche e pel fatto stesso della sifilide, diviene più atto a contrarre la tubercolosi.

V' ha, chi dice che le localizzazioni polmonari della sifilide, si hanno solo nel periodo terziario; ora ciò è inesatto; nel periodo tersiario sono più facili, più frequenti, ma vi sono molte osservasicni che provano che la sifilide può interessare l'apparecchio respiratorio fin dai primi mesi dell'infesione luctica (Lang, Schmits, Potain). Inoltre, l'apparecchio bronco-polmonare può esser colpito nel primo tempo di una sifilide, senza che il laringe venga interessato. Non bisogna adunque attendere ii periodo terziario per pensare ad una lesione sifilitica del polmone, il quale può essere uno dei primi organi colpiti; ma le lesioni che si producono nel parenchima polmonare non sono le stesse per la sifilide secondaria e per qualla terziarie.

La sifilide terziaria assume, in generale, due forme: la solerosa e la gommosa.

Nella prima, la parte del polmone colpita è dura, resistente, elastica, di colore grigiastro, impermeabile all'aria, disseminata di briglie che circoscrivono depressioni dalle quali si partono gettate fibrose. I bronchi sono più o meno ravvolti e strossati in questo tessuto fibroso neoplastico. Nella seconda forma si troyano nella spessessa del parenchima polmonare, piccole masse, di volume variabile, arrotondate, prima dure, opache, grigiastre, che poi, a poco a poco, si rammolli scono. Il loro contenuto, giallastro e gelatinoso, si versa spesso in un broncheolo e viene espulso. Allora si produce una caverna analoga a quelle che si rinvengono nella tubercolosi e le cui pareti sono circondate da una zona sclerotica e tappezzate da una specie di magma caseoso. Questi sono gli esiti delle localizzazioni polmonari della sifilide tersiaria. Ma non è questo quello che produce la sifilide secondaria; qui si ha il catarro, la bronchite sifilitica (che al esplica con tosse, dispnea e lieve espettorazione), ma si cercherebbero in vano i segni clinici della condensazione del parenchima polmonare.

Oltre del catarro bronchiale, anche la pleurite può essere l'espressione di una infesione sifilitica, indipendentemente da altre lesioni del polmone e della gabbia toracica.

Per ciò, quando un esame minusioso d'un informo rivela una sifilide nel periodo secondario, bisogna precocuparsi pei possibili fatti pneumonici, come ci precocupa lo stato dei reni e del cuore, poichè la sifilide viscerale non ha epoca fissa. Ora nel caso su riferito, l'esame microscopico dimostrò evidentissimamente la natura dei fatti polmonari, e la cura specifica mercuriale (fatta per vedere se il miglioramento della sifilide avesse un benefico effetto sulla tubercolosi) mentre fece sparire le lesioni bucco-faringee, aggravò quelle polmonari.

In questo infermo vi fu anche qualche altro fatto che dimostrò l'indipendensa delle due malattie nella loro evolusione. In fatti, fu soppressa la cura antisifilitica più presto dell'ordinario, perchè si constatò che l'affesione polmonare diventava pirogena.

La febbre non cesso e persistette fino alla morte e si vide l'infiltramento passare al completo rammollimento in 5 settimane, mentre le lesioni tubercolari impiegano, ordinariamente, anni per evolversi.

La tisi di questo individuo, prima cronica e lenta, in pochi giorni diventò una tisi galoppante.

D'altra parte, non bisogna contare che con una cura (anche molto energica) si possano guarire le lesioni polmonari della sifilide tersiaria, poichè gli elementi istologici hanno subito alterazioni troppo profonde. Se si tratta di catarro sifilitico e di periodo secondario, si può sperare ancora; ma bisogna sempre essere pertinace e non aspettare che la sifilide invecchi.

Ad ogni modo la cura dovrà non essere mai minore di 2 anni, alternata da brevi intervalli di sesta (L'Abelle mèdicale, 6 marso 1897).

Nacciarone

MOTE DI PRATICA MEDICA

L'enterite mucosa

Quest' affesione è stata indicata con svariatissime denominazioni, quali son quelle di colite mucosa, colica mucosa, enterite membranosa, diarrea tubulare, dispepsia colica, enterite follicolare, enterite pseudo-membranosa, diarrea fibrinosa, ipocondriasi pituitosa, e via dicendo.

L'enterite mucosa non è punto rara; ma sfortunatamente accade assai spesso che le forme leggiere della malattia passano del tutto inosservate, e che i rispettivi pazienti vengono curati come affetti da altri stati morbosi, per lo più mal definiti, a mò d'esempio, e debolezza generale », o « neurastenia », o « dispepsia cronica », o « catarro intestinale », ecc.

Occorre, adunque, che l'enterite mucosa sia ben conosciuta, e che non la si consideri come un'eccezionale evenienza, affluchè essa non sfugga al-

l'attenzione del medico.

Le note caratteristiche della malattia sono: emissione di muco dal retto, dolore addominale, abituale cronicità dell'affezione, condizione neuropatica, congenita ad acquisita, dei pazienti.

L'emissione di muco ed il dolore, si presen-

tano per lo più a parosismi.

Questi possono essere quotidiani, o separati da intervalli di più giorni, di settimane, e persino di mesi. Il parosismo incomincia con una leggiera sofferenza localizzata al basso ventre, cresce mano mano d'intensità sino al suo acme, ed in molti casi si calma gradualmente dopo l'espuisione del muco, il quale presentasi, in generale, sotto forma di pessi membranosi. I parosismi possono durare un'intiera giornata, o anche più, e persino una settimana. La sofferenza è costituita da dolori colici, da tenesmo, da nausee e da malessere generale. Per lo più esiste dolentia dell'addome, talvolta così intensa e diffusa, da poter destare il sospetto d'una peritonite.

Le parti dell'addome maggiormente dolenti alla pressione, sono le fosse iliache, specialmente la sinistra. Spesso la pressione su tali parti, provoca dolori anche negli intervalli liberi tra gli accessi: e ciò per tutta la durata della malattia. Vi può essere concomitanza di tenesmo vescicale, di coliche uterine, talvolta con emissione di muco

della vescica e dall' utero.

L'enterite mucosa può associarsi del pari alla diarrea ed alla stitichezza; ma, nella maggior parte dei casi, la defecazione, almeno durante i parosismi, è diarroica : non di rado gli infermi presentano, alternativamente, stitichozza e diarrea.

Il muco può essere espulso solo, oppure insie-

me con le materie fecali.

Quando, come spesso accade, l'infermo ha diverse evacuazioni in una giornata, può accadere che con una o alcune di esse si abbia espulsione di muco e cen le altre no.

Il muco può essere translucido od opaco, bianco-grigiegnolo o gialiastro. Esse è talvolta assai molle, tai altra, invece, abbastanza consistente e tenace. Le masse mucose espuise dal retto possono presentarsi come piccoli flocchi irregolari, o come brandelli membraniformi, o come cordoni, o come nastri di varia larghezza, o come tubi riproducenti la forma dell' intestino, o come pallottole di diversa grandezza, talvolta simili a grani di sagu cotto; in altri casi, aventi un volume molto maggiore, che, quantunque eccezionalmente, può persino raggiunger quello d'un manderino.

I pezzi nastriformi o cordoniformi, possono essere assai lunghi, e rassomigliare a vermi ; anche i pezzi tubulari possono avere una lunghezza considerevole, persino di 50 a 60 centimetri. Il peso delle masse mucose espalse può essere piccolissimo o grandissimo, tanto che sono stati riferiti casi, in verità assai rari, nei quali furono emessi due o tre chilogrammi di muco, durante un unico parosismo. Sulla superficie esterna dei pezzi tubulari o membranosi, si vedono, con deboli ingrandimenti, piccole depressioni, che cei trovavansi applicati. Con più forti ingrandimenti, osservansi pezzi di epitelio cilindrico e cellule rotondeggianti, generalmente in preda a degeneraziono grassa o granulosa.

Chimicamente, le masse mucose, qualunque sia la loro forma, constano quasi esclusivamente di

mucina.

L'esame batterioscopico è riuscito negativo ad alcuni, mentre altri hanno trovato numerose colonie batteriche.

Il muco non è mai intimamente commisto alle sostanze fecali , come in una colite acuta. Nei casi in cui esiste stitichezza, le masse fecall dure possono essere rivestite di muco, o presentare qua e la masse mucose, sulla loro superficie e-

Quando pei v'ha diarrea, il muco , qualunque sia la forma sotto cui si presenta, vedesi ben distinto dai materiali diarroici, anziche formare con essi un miscuglio più o meno uniforme.

L'enterite mucosa ha sempre un decorso cronico, quantunque il suo inizio sia spesso subacuto, o addirittura acuto. Essa suol durare mesi od anni, persino dieci o quindici anni, ed anche più. Tale cronicità può, in molti casi, avere un alto valore diagnostico, permettendo di esci udere, in casi dubbii, molte affesioni organiche dell' in-

Così nei parosismi di enterite mucosa, come negli intervalli, la temperatura del corpo è sem-

pre normale o subnormale.

La nutrizione generale è più o meno danneggiata dall' affesione, ma non sempre; gli ammalati per lo più dimagriscono e diventano anemici e deboli, ma in grado variabilissimo.

Le complicazioni più frequenti di questa malattia sono costituite da disturbi nervosi di natura isterica o neurastenica, e dai già accennati disordini della defecazione (stitichezza o diarrea). Inoltre, può esservi concomitanza di emorroidi, prolasso del retto, itterizia, polidipsia, stomatite aftosa, furuncolosi, ed altre affezioni.

L'enterite mucosa può osservarsi in qualunque epoca della vita, ma presenta il suo massimo di frequenza da 20 a 45 anni, e specialmente da

Nei vecchi, e nei bambini sotto ai tre anni, essa è del tutto eccezionale. Pare, del resto, che questa malattia sia di gran lunga più frequente in America, che non in Europa.

Quanto al sesso, le donne sono assai più soggette all'enterite mucosa, che non gli uomini: 80-90 olo dei casi si osservano in persone di sesso

femminile.

Siccome questa malattia, per sè stessa, non ha mai esito in morte, così non si sa molto sull'anatomia patologica di essa. Dalle autopsie eseguite su soggetti che soffrivano di tal morbo, e che vannero a morte per malattie intercorrenti, autopsie sinora poco numerose, risulta: che questa affezione non deriva punto da uno stato inflammatorio dell'intestino; nella maggior parte dei casi, la mucosa intestinale, compresa quella del corrispondono alle sporgenze dei follicoli della colon e del retto, fa trovata perfettamente sana, mucosa enterica, sulla quale i pezzi membrana-[benchè ricoperta, più o meno, di muco denso.

Sulla patogenesi dell'enterite membranosa, sono state emesse due teorie, una delle quali la fa dipendere da un' inflammazione oronica dell'intestino, mentre l'altra la fa derivare da un disturbo dell'innervazione intestinale. La prima di queste teorie deve rigettarsi, non essendo in accordo con l'anatomia patologica, la quale, come s'è detto, c'insegna che, nella maggior parte dei casi, la mucosa intestinale è perfettamente sana. (ond'è che alla denominazione di « enterite » membranosa, o mucosa—la quale fa pensare ad una condizione infiammatoria—sarebbe preferibile il nome di « colica mucosa », proposto dal Nothnagel.)

L'origine neuropatica del morbo è dimostrata da numerosi fatti. Anzitutto, questa malattia si mostra quasi sempre nelle donne (80-90 % dei casi), mentre il catarro intestinale cronico è quasi ugualmente frequente nelle donne e negli uomini.

Il massimo di frequenza si nota fra 80 e 40 anni, cioè nel periodo in cui l'attività nervosa e mentale è costretta a maggiore attività. La malattia si osserva quasi sempre in donne colte e sensibili, la cui mente è più o meno stanca per continui studii, o per pensieri o preoccupazioni, dipendenti da condisioni di famiglia, o da altre cause. Quando l'affezione si mostra in uomini, trattasi quasi sempre d'individui neurastenioi, o d'uomini esuberantemente affacendati, il cui cervello lavora troppo, e sens'alcun riposo.

Gli individui colpiti hanno quasi tutti un'eredità neuropatica.

La malattia, come abbiamo accennato, è di gran lunga più frequente in America, nel paese cioé, in cui le donne, anzichè menar la vita calmache s'addice al loro sesso, si mescolano troppo alla vita pubblica ed agli affari, e stancano così, assai più che le donne europee, il loro sistema nervoso.

La malattia in discorso può originarsi in seguito a gravi dispiaceri o ad altre cause di depressione nervosa o mentale (sventure domestiche apprese improvvisamente, v-glie prolungate, viaggi faticosi, ecc.).

Tali cause di depressione, se la malattia già esiste, la aggravano spesso notevolmente.

Oltrechè dagli accennati fatti, l'origine neuropatica del morbo in parola è anche provata dagli svariati fenomeni nervosi, presentati dagli infermi. Tali fenomeni sono specialmente rappresentati da sintomi isterici o neurastenici: convulsioni, coma isterico, afasia, vertigine, lividezza parosistica delle unghie e delle labbra, nevralgie, ronzio agli orecchi, iperestesie, anomalie della visione e del gusto, tremore, paralisi e paresi, corea, catalessia, depressione mentale, amnesia, ipocondria, malineonia, ecc.

Quando la malattia si osserva in bambini, il che occorre specialmente dai 8 anni ai 12 anni, tali bambini quasi sempre sono andati soggetti a convulsioni o ad altre affezioni nervose, e derivano da genitori o progenitori spiecatamente neuropatici.

E' ben noto, che il sistema nervoso ha un'influenza grandissima sulle funzioni secretive, e

Sulla patogenesi dell'enterite membranosa, sono non solamente sulla quantità, ma esche sulla ate emesse due teorie, una delle quali la fa di-qualità delle secrezioni.

L'affezione in discorso può considerarsi come una nevrosi secretoria, limitata per lo più ai nervi regolatori dei follicoli mucosi del colon, ma che spesso si estende ai corrispondenti elementi ghiandolari del tenue, della vescica, dell'utero e della vagina.

La malattia è, per lo più, manifestasione locale d'una nevrosi generale, (isterismo o neurastenia).

Quanto alla diagnosi, deve badarsi ansitutto a non confondere i pessi membranacei con masse grassose di origine alimentare, con residui di cibi (arterie, ligamenti, ed altre parti fibrose della carne, membrana avvolgente delle salsicce, ecc.), con vermi intestinali, con pessi di muccea intestinale necrosata, e via dicendo.

Inoltre, si dovrà badare a non confondere la affesione in discorso con un' enterite cronica o con altre affesioni intestinali. La diagnosi, in generale, non presenta difficoltà, sempre che, oltre a tener conto di tutti gli altri sintomi, men si tralasci di ricercare la presenza di muco nelle fecce.

La prognosi è favorevole quoad vitam, riservata quoad valetudinem, glacchè la guarigione è spesso difficile e le recidive frequenti.

Quanto alla cura, può affermarsi che quasi la intiera farmacopea è stata messa a profitto, per curare questa maiattia,

Indicazione fondamentale è quella di curare la condizione neuropatica del soggetto. Quindi sono da raccomandare tutte quelle misure, che nei singoli casi pessono ristabilire l'equilibrio del sistema nervoso, e combattere lo stato di debolezza di esso. Epperò, vita regolare, moto (in certi casi, nuoce), riposo a letto, prolungato quanto occorre per vincere lo stato di debolesza dell'infermo, poco o nessun lavoro mentale, distrazioni, aria di campagna, vitto confacente alle condizioni individuali. medicazioni toniche adatte ai singoli casi, eventualmente idroterapia, balneoterapia, elettricità, massaggio, specialmente come messi di cura della nevrosi fondamentale. Inoltre si curera ogni complicazione a caso esistente, quali la costipazione i disordini gastrici, ecc.

Come cura locale, riescono utili le vaste irrigazioni intestinali quotidiane, destinate alla rimozione meccanica del muco. Può usarsi vantaggiosamente una leggiera soluzione di borato di sodio a 87°-88°. L'irrigazione si farà, preferibilmente, quando l'infermo ha già avuto una o parecchie evacuasioni. Il pasiente dovrà giacere sul lato sinistro, con le ginocchia tirate in su, per rilasciare i muscoli addominali e col bacino alquanto più alto del resto del corpo: e ciò perchè il liquido penetri in tutta l'estensione del colon. Inoltre l'irrigazione dovrà eseguirei assai lentemente, affinchè il liquido sia ben tollerato, e possa essere ritenuto per 10 a 20 minuti. Così facendo, si ottiene spesso l'espulsione, insieme al liquido, di rilevanti quantità di muco.

Paralisi spastica familiare senile

A proposito delle forme rare di malattie ereditarie e familiari cerebrali e spinali (di cui nel n. 11 corrente anno della Riforma Medica fu pubblicata una rivista sintetica) ne ho osservato un caso che nella categoria delle medesime più figurare da vero come rarissimo. Si tratta di una signora di 78 anni i cui genitori morirono vecchi non si sa bene di che malattia; e due fratelli si ammalarono uno e 66 l'altro a 70 anni di una forma morbosa perfettamente simile a quella offerta dalla paziente. Nell'anamnesi personale nulla di rimarchevole; non si ricorda di avere sofferto nessuna mslattia e non pare abbia mai presentato fenomeni isterici o neuropatici di qualsivoglia natura. Ebbe 12 figlioli, con parti e puerperii normali; dieci di essi sono viventi, robustissimi, e immuni da labe nervosa. La pasiente passò sempre i suo giorni negli agi di un' esistenza tranquills, senza gravi scotse morali, e fu sempre di abitudini sobrie.

A 71 anni e nel pieno vigore di una verde vecchiaia, cominciò ad accorgersi di una certa difficoltà nel camminare; si sentiva (a suo dire) le gambe rigide, legate. Del resto non dolori, non sensazioni anormali alle piante dei piedi (percezione del suolo esatta) non formicolii, non vertigini. Le funzioni del corpo si compievano regolarmente. Dopo alcuni mesi da questi primi sintomi, un giorno l'ammalata cadde, e d'allora non potè più camminare senza l'aiuto di altra persona che la reggesse a braccio. Più tardi si aggiunse frequente bisogno di urinare. Lo stimole alla minsione divenne grado grado così prepotente, che l'inferma non potè più trattenere l'arine.

La vescica, esaminata col catetere si mostrò sempre vuota, non appena un goccio di urina vi si raccoglieva veniva subito emesso trovandosi l', inferma incapace a vincere lo stimolo di urinare. (incontinensa spastica?). Sono due anni che la malattia è in corso, e due altri fenomeni la completarono; una difficoltà qualche volta pronunciatissima nella deglutizione, certe crisi d'ambascia cardiaca con rallentamento notevole dei battiti del cuore (50-40). Tale è lo stato presente dell'inferma: eccone l'esame obbiettivo nelle sue parti più essenziali.

Incedere caratteristicamente spastico paretico. L' inferma muove le gambe come se fossero tutte di un pezzo e pare non possa spiccicare i piedi da terra. Cammina strisciando i piedi, non si osserva però nessuna incoordinazione, nessun movimento atassico delle gambe. Costituzione fisica buonissima, nessun incurvamento della colonna vertebrale, condizioni generali di nutrizione soddisfacente, non si rileva alcuna lesione trofica negli arti inferiori nei quali la muscolatura ha simetrico e normale sviluppo. Gli arti inferiori stessi appaiono alguanto rigidi, anche quando l'inferma è in letto ed è in istato di perfetto riposo. Più volte mi accadde notare dei movimenti atetosici spiccatissimi, limitati alle dita dei piedi.

La sensibilità cutanea è normalissima sotto ogni aspetto.

I riflessi sono talmente esagerati che strisciando le dita sui polpacci, si determinano energiche contrazione dei gastrocnemi. Pronunciatissimo il fenomeno del piede. Percuotendo leggermente sul tendine rotuleo, si verifica in primo tempo una contrazione spastica di tutto l'arto in fles ione, a cui segue uno scatto fortissimo. Negativo è l'esame dei visceri addominali. L'area cardiaca è ingrandita a spese del ventricolo sinistro: primo teno aortico velato, secondo accentuato e metallico, arterie temporali e radiali dure. Pupille eguali e con reazione normale tanto alla luce, quanto all'accomodazione, nessuna traccia di nistagmo. L'esame della colonna vertebrale è perfettamente negativo, non presenta alcun punto doiente alla pressione, come non vi sono dolori spontanei. Le mani presentano una fermezza meravigliosa, nelle dita tese e divaricate non si osserva alcun movimento fibrillare. Intelligenza e memoria lucidissime, nessun disordine nella pronuncia. Urine normali:

Riassumendo, abbiamo fenomeni spasticoparalitici agli arti inferiori, movimenti atetosici circoscritti alle dita dei piedi, disordini vescicali, sintomi pseudo bulbari; due fratelli dell'inferma affetti dall' identica malattia. Non può trattarsi di atotosi eredo-familiare giacchè siamo ben lungi dal vero quadro dell'atetosi, non autorizzando i movimenti atetosici limitatissimi presentati dall'inferma ad emettere una tale diagnosi, mentressi non sono che movimenti atetosici di origine spimle. (Massalongo). Nella paralisi spastica familiare senile della mia inferma non si può ravvisare la diplegia cerebrale di Freund, nella quale i sintomi sarebbero bensi somigliantissimi ai sudescritti, ma non hanno localizzazioni così limitate e così nette, mancano i fenomeni vescicali ed è soprattutto colpita l'intelligenza. Lesioni sclerotiche della corteccia cerebrale dipendenti da ateromasia non ispiegherebbero in nessun modo la sindrome tutt' affatto spinale della mia inferma. Non si può pensare altro che a quell'affesione sistematica combinata della via delle piramidi, del fascio cerebelloso, del cordone laterale e dei cordoni di Goll, brevemente descritta dallo Struempell nel suo trattato di Patologia interna a pagina 210. In essa è fedelmente rispecchiata la sindrome che osservasi nel mio caso, se non che, la paralisi, risparmiando completamente le braccia, ha dato origine a fenomeni pseudobulbari e questi non trovo registrati nello Struempell, nė (che io mi sappia) vennero notati da altri au-

Dott. Alberto Giovanardi

VARIETA'

Saggie facile degli alcooli del commercio

Qualsiasi alcool può essere ricondotto con processi adatti di distillazione o purificazione al tipo di alcool meno tossico e più puro, vale a dire all'alcool etilico tipico.

Oggi per riconoscere se un alcool è puro si ricorre ad una serie di procedimenti e cicè : 1º il gusto, ciò che richiede un esercizio speciale ed una grande pratica; 2º il fare evaporare sulla mano un po' dell' alcool sospetto per sentire il cattivo odore degli alcooli di bassa qualità (odore di acido acetico, ecc.); 8º ricercare se contiene spirito di legno, coi metodi di Fuchs, di Berthelotecc., 4º assicurarsi che non è addizionato di alcooli inferiori di frumento, di patate, di barbabietole, di orzo, ecc., (processi di Malner, di Kletsinsky, di Cabasse, ecc.); 5º dimostrare che non è inquinato da tracce di essensa di trementina, di benzina, di petrolii leggieri ecc., (processi di Baudrimont di di Jacquemart, ecc.); 6º infine riconoscere se v'ha tracce di sali metallici (di piombo, di rame, zinco, ecc.), coi reattivi adatti.

In vista delle difficoltà che in pratica presen tano i metodi suddetti, il Coiffier ha propo sto fin dal 1884 un metodo semplicis simo che consiste nel bruciare in una capsula 2) gr., di alcool sospetto ed esaminare i fenomeni che si producono durante la combustione (Concours mèdic. e Trib. med., 10 marso, 1897).

1º L'alcool rettificato più puro, l'alcool tipico, come si sa, brucia con fiamma bleu pallida uniforme, senza fumo, con un odore soave e senna lasciare residuo.

Ora 'l' alcool puro brucia con fiamma bleu pallida, uniforme in tutta la sua estensione, gli alcooli inferiori, invece, gli eteri, gli acidi grassi, tutte le sostanzo cleose, l'essenza di trementina, la benzina, i petrolio, ecc., hanno la proprietà di bruciare con fiamma gialla, qualche volta pallida, d'ordinario molto luminosa e splendida che si distingue immediatamente per questo colore e splendore dalla fiamma bleu e pallida dello spirito di vino.

Se noi mescoliamo a 100 grm. di alcool etilico puro a 90° una sola goccia di uno quals asi dei liquidi infiammabili che possono mescolarsi ad esso per adulterarlo, e facciamo bruciare 20 grm. del miscuglio come sopra, vedremo che la fiamma bleu normale è qua e la inframmezzata o chiazzata da strisce bianche, gialle, fugaci, che spiccano assai nettamente sul fondo bleu della fiamma

2.º L'alcool puro, riducendosi con la combustione in acido carbonico ed acqua, non dà alcuna traccia di fumo, onde sovrapponendo sulla fiamma una capsula ben netta di porcellana non si vedrà depositarsi altro che qualche goccia di acqua limpidissima e pura. Con l'alcool adulterato, invece, con l'alcool cui sono mescolate delle essenze, degli alcooli inferiori, degli acidi grassi, anche nelle proporsioni di una goccia in 100 grm.

(vale a dire al 6000°, poiché 100 grm. di alcool puro formano 6000 gocce) si vedrà la capsula annerirsi più o meno fortemente, il che, se non indica la natura delle sostanze adulteranti, indica benissimo che l'alcool non è puro.

3º L'alcool puro conserva per tutto il tempo della combustione il suo odore scave e inebriante che lo distingue. Ora gli accoli inferiori, le essenze inflammabili, ecc., hanno odori talora ributtanti, i quali si accentuano, si rinforsano durante la combustione, e ciò si rileva anche se la adulterazione è ad 1º[co. Con un pò di esercizio con questo messo si potrebbe scovrire anche la

natura della sostanza inquinante.

4º Infine tutti gli alcooli impuri, niuno eccettuato, lasciano, bruciando, dei depositi più o meno abbondanti nella capsula in cui avviene la combustione, mentre l'alcool puro di vino non lascia alcun deposito, tranne qualche goccia liquida assolutamente incolora, di odore nettamente alcoolico e che umetta appena la superficie della porcellana.

Nei depositi densi, polverulenti, attaccaticci, gialiastri o verlastri lasciati dagli alcooli impuri, un palato esercitato, spesso può rilevare la natura della frode, poiche anche le più piccole tracce di acido acetico, di acido solforico, di spirito di legno, di frumento, ecc., danno un sapore diverso acre o acido speciale e che facilmente li fa riconoscere.

Gli odori acri, qualche volta nauseabondi che si svolgono da questi depositi, sono anche abbastanza spesso riconoscibili e permettono una diagnosi certa della falsificazione.

Le sostanze cleose ed i sali fissi di piombo, di rame, di zinco, di cloruro di calcio, provenienti da un difetto di preparazione o di conservazione, si trovano anche nei depositi anzidetti della combustione e in un grado di concentrazione che facilita molto l'uso dei reattivi paculiari solitamente usati (potassa, ammoniaca, idrogeno solforato, acido soforico, ecc.).

La precisione di questo metodo è tanto più da rilevarsi, in quanto non è possibile adulterare l'alcool vinico con niuna sostanza nota, senza alterarne la fiamma. Gli alcooli che dànno, intanto, una fiamma tinta lievemente in giallo, leggiero fumo ed un deposito poco valutabile, possono in commercio passare; ma sono da rifiutare del tutto quelli che dànno molto famo, fiamma luminosa come quella ad es. del lume a petrolio, e depositi abbondanti, polverulenti, acri, nauseabondi.

Siffatto saggio della combustione, dice l'autore, (e noi che l'abbiamo, su per giù nello stesso modo, spesso eseguito per conto proprio per le sole conosceuze delle proprietà dell'alcool vinico, senza sapere che l'autore l'avesse diffuso nel pubblico a scopo di rilevare le sofisticazioni commerciali, siamodello stesso parere), è sino a prova in contrario un modo di ricerca estemporanea che può riuscire molto utile nella pratica giornaliera.

F. M

FORMULARIO

Contro la socrezione dei latte

In molti casi occorre sopprimere la secrezione lattea ed all'uopo si conoscono parecchi mezzi, fra cui si é proposto di recente anche l'antipirina.

Hergott, trovando che questa ultima sostanza riesce allo scopo soltanto se presa in dosi alte, ha sperimentato come lattifugo efficace la canfora.

Egli somministra la canfora alla dose di 20 centigrammi, ripetuta tre volte al giorno, così che la pamiente ne prende in tutto 60 centigram, e ciò per tre giorni consecutivi.

La secrezione cessa immancabilmente dopo siffatta somministrazione, siccome era già conosciuto in vetei rinaria pei risultati ottenuti sugli animali del K i e n er.

Contro l'ipereloridria accompagnata da costipazione

Einhorn ordina la polvere seguente di cui si prenderà una cucchiajata da caffe ogni due ore dopo i due principali pasti del giorno (Independ. med.):

Magnesia calcinata) Polvere di rabarbaro) ana gram. 7,50

Carbonato di sodio essicoato ana gr. 15 Bicarbonato di sodio Zucchero polverato Essenza di menta gocce V

Disinfettanti per le sputacchiere (Vallin)

1. Cloruro di sinco		gram. 100	
Glicerina		. 50	
Acqua		» 850	
2. Solfato di rame Glicerina	ana	gram. 50	
Acido nitrico		4 8 50	

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACC: ARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI

Ospedale di S. Giuliano di Novara

Apviso di concorso

E' aperto il concorso al posto di medico-chirurgo primario presso questo Pio Luogo, Lo stipendio è di L. 1400 annue, oltre allo assegno di L. 400 pel servizio del dispensario celtico, a norma della convenzione passata tra l'amministrazione ed il governo. Le domande, in carta da il riceve gravato delle spese occorrenti.

L. 0.60, dovranno presentarsi alla segreteria entro il 15 del mese di aprile p. v., unitamente alla fede di nascita, al certificato penale, alla fede di buona condotta, al diploma di laurea, al certificato di esercizio pratico di almeno cinque anni, ed al certificato di sana costituzione fisica, ed a quegli altri titoli e documenti che gli aspiranti crederanno di presentare.

Novara, 7 marso 1897.

Il Presidente

Avv. Cav. Errico Zacchero

Il Segretario dell' Ospedale Avv. Antonio Tivinansi

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Frontino (Urbino). Condotta a cura piena. Stipendio lire 1200.

Scadenza 80 marzo.

Montiano (Forll). Condotta a cura piena. Stipendio lire 2200 e casa di abitazione gratuita. Scadenza 20 marzo.

Cattedre universitarie

Parma, — É aperto il concorso per professore strucdinario alla cattedra di clinica medica e patologia se ciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

- È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Melano. - Per i farmacisti. - Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani chi raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Ai signori abbonati che hanno ricevuto la mostra circolare e non ancora hanno adempite a quanto is essa si chiedova , facciamo neto , che attendereme a tutto il 20 corrente. Dope tale termine spedireme Scemano. — 1. Questioni del giorno. La constatazione di nascita e il battesimo nell' inverno. — 2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma. Prof. Campana. — Ecsema cronico. — Sifiloderma nodulare seborroico. — 8. Rivista di Clinica. Clinica medica propedeutica della B. Univ. di Torino (prof. C. Forlanini). Stafilococchemia e streptococchemia. Lezione raccolta dal dott. F. Levi, assistente. — Clinica dermatologica dell'ospedale Pascal (dott. Brocq). Sull'ecsema seborroico (seborreite).—4. Patologia sperimentale. — 5. Terapia. — 6. Notizie.

QUESTIONI DEL GIORNO

La constatazione di nascita e il battesimo nell'inverno.

La questione della constatazione delle nascite e del battesimo nell'inverno, è stata spesso sollevata, e molte sono le pubblicazioni di medici igienisti (tra cui ci piace ricordare Musatti ed il Pietrasanta) che sono comparse per risolverla.

Il dott. Gelli, desiderando che ormai si venga ad una soluzione pratica, invita tutte le associazioni umanitarie, le società protettrici dei fanciulli, i medici e le levatrici che s' interessano alla questione, di mandar le loro adesioni in iscritto a quanto egli propone in uno dei recenti numeri del « Pratico. »

Ed ecco ora quanto egli scrive in proposito. « Nelle colonne del giornale La Salute Pubblica, dall'egregio dott. D' A d d a di Casalpusteriengo è stata risollevata una questione tante altre volte inutilmente discussa, ma che in nome della umanità, in nome di quella infanzia che con tanto intelletto e tanto amore si studia e si protegge. va inevitabilmente risolta. Però la questione egregiamente trattata dal dott. D'Adda e ampliata dal prot. Ruata, direttore del suddetto giornale, con ricchessa di dati statistici e con valide argomentazioni, non deve riguardare soltanto il battesimo, ma anche il sistema prescritto dall'art. 371 del codice civile vigente, il quale sta bilisce che, meno circostanze gravi, il neonato, dentro i primi 5 giorni dalla nascita, deve essere presentato all'Ufficiale dello stato civile.

Conviene riconoscere come il Comune di Firenze, fino dall'anno 1887, mercè le sollecitazioni dell'egegio dott. Boncinelli, ora Ufficiale Sanitario, allora medico-condotto, sostenuto dai suoi colleghi, deliberò che le constatazioni delle nascite venissero fatte a domicilio. Molti comuni, specialmente i limitrofi a Firenze adottarono lo stesso sistema, imponendo ai Medici condotti tra i varii oblighi del capitolato, anche quello delle constatazioni delle nascite a domicilio.

Ma tali provvide disposizioni, evidentemente riesc no in gran parte frustranee o incomplete, dato il fatto che non sono generalizzate a tutti i Comuni del regno e che il battesimo a domicilio cotituisce un caso eccezionale.

Secondo il gius ecclesiastico e il rituale romano, Regno sono presso a poco uguali per il sacramento del battesimo vuole essere ammi-

nistrato con tutta la sollecitudine, tanto che in caso di pericolo imminente di vita, chiunque, sia pure ebreo, musulmano, ecc., è autorizzato, se richiesto, a tale amministrazione. Ma lo stesso jus ecclesiastico stabilisce che senza una necessità, il battesimo si amministri nella chiesa ove è il fonte battesimale o al battistero presso la chiesa, fatta eccezione pei figli dei Principi e dei Magnati. Le eccezioni a queste regole sono determinate volta per volta e soltanto col permesso della curia vescovile, che prende in esame ogni singolo ca o. Na consegue di frequente, che, mancando il comodo, o la oppurtanità o il tempo di fare le pratiche necessarie presso la curia vescovile, si trasportino immediatamente al fonte battesimale specialmente quei bambini che per prematuranza, per gracilità congenita o per avere molto sofferto nella nascita, minacciano di morire. Quanto tal- gita sia pericolosa ai neonati, sia pur chiusi in ricchi indumenti e trascinati in comode carrozze a due cavalli, lo dimestrano a sufficienza la più elementari regole d'igiene infantile, e le cifre nude e crude di qualunque statistica, specialmente di quelle riguardanti i paesi settentrio nali. E' necessario però osservare che scientificamente non si può ammettere che le perfrigerazioni sieno la causa esclusiva ed assoluta delle principali malattie dei neonati. Tanti altri fattori, specialmente quelli di natura infettiva, congeniti o acquisiti, per dato e fatto di cattiva o non sufficiente assistenza ai parti, concorrono alla strage lamentata di tante creature. Ma è fuor di dubbio che il freddo è la causa occasionale più frequente delle principali malattie, e dello sclerema in ispecie, le quali, per la diminuità resistenza dei gracili organismi, sequistando tutto il loro impero, fanno una ecatombe di bambini, che altrimenti, con assidue cure, in ambienti a calore uniforme, come nei moderni ospedali e nelle case di famiglia appena appena agiate, si salverebbero.

Non dimentichiamo che l'arte nostra può far vivere e crescere in buone condizioni anche un bambino nato a 6 mesi di gestazione, mentre una cattiva igiene dell'ambiente può ammazzare in brevissimo tempo il neonato più bello e più robusto.

Tutte le statistiche, come io diceva, dimostrano la grande mortalità dei bambini nella stagione invernale; infatti dalle cifre statistiche fornite al dott. D'Adda, dal comm. Bodio, direttore generale della Statistica del Regno, si desume che su 12,000 bambini morti nel decorso di un anno, entro il primo mese di vita, ne morirono: 1471 in gennaio, 1563 in febbraio, 1384 in marzo, 1068 in aprile, 770 in maggio, 687 in giugno, 720 in luglio, 695 in agosto, 704 in settembre, 801 in ottobre, 1041 in novembre e 1195 in decembre. Questa sproporzione fra le morti nei varii mesi non è affatto attribuibile ad una differenza di nascite fra mese e mese, perchè le cifre statistiche generali citate dal prof. Ruata dimostrano all'evidenza che le nascite in tutto il Regno sono presso a poco uguali per ciascna In armonia a queste cifre stanno anche quelle del Comune di Firenze, come si può desumere dal presente specchio riguardante gii anni 1895-1896.

Mesi	1895 — Nati Morti		18	39 6
			Nati Morti	
	nel 1º		nel 19	
	di vita		di vita	
Gennaio	870	41	366	89
F ebbraio	346	48	854	42
Marzo	385	30	370	2 8
Aprile	331	45	834	25
Maggio	337	26	298	14
Giugno	302	24	322	25
Luglio	296	18	317	26
Agosto	293	17	34 1	22
Settembre	294	19	324	23
Ottobre	292	16	318	27
Novembre	9 01	27	336	26
Dicembre	380	48	352	31
	8847	859	4032	328

Anche questo dimostra come nei mesi di gennaio, febbraio e decembre, la mortalità dei bambini nel 1º mese di vita sia tale da raggiungere quasi la metà della somma delle morti dell'annata. Inoltre si rileva che nel novembre e nel decembre 1896, la mortalità è stata assai minore, non ostante il maggior numero delle nascite; ciò evidentemente è a riferirsi alla mitesza insolita della temperatura in quei mesi, e alle buone condizioni generali di salute che abbiamo avute in una stagione, per quanto piovosa, quasi primaverile. E che le condizioni generali di salute abbiano una influenza notevole sulla mortalità lamentata, si può arguire, in ultima analisi, anche dal fatto che le cifre riguardanti i neonati stanno in un certo rapporto con quelle della mortalità degli adulti.

Fatte dunque tutte le debite detrazioni, che attenuano un poco la responsabilità del trasporto troppo sollecito dei neonati all'aria aperta, non si può disconoscere che il freddo può avere direttamente o indirettamente nei primi giorni di vita un'influenza letale sopra un gran numero di bambini; perc'ò è dovere sacrosanto di tutti l'ovviare, per quanto è possibile, ai più serii inconvenienti per risparmiare tante care esistense. E tanto più facile sarà ottenere l'intento, quanto meno le riforme pratiche escogitate vengano a turbare le funzioni sia civili che religiose, che conferiscono ai nati uno stato civile ed una religione.

Circa alle formalità civili non vi può essere ostacolo alcuno, perche anche stando attaccati alla lettera all' art. 871 del Codice civile, come bene a proposito osserva l'egregio dott. B o ne i ne l li nella sua relazione sullo stato igienico sanitario del comune di Firenze per l'anno 1895, qualunque medico può sempre coscienziosamente dichiarare che riesce pericoloso e pragiudizievole alla vita o alla salute del neonate il farlo uscipe

di casa in qualunque stagione e per qualunque delle summenzionate ragioni (constatazione di nascita, battesimo). Quindi tutti i comuni, seguendo l'esempio di quello di Firenze, o di tanti altri benchè piccoli, o alpestri, potranno accertarsi altrimenti delle nascite, incaricando i medici condotti oppure le levatrici, le quali agli effetti civili, come testimoni competanti, hanno gli stessi diritti dei medici.

Per generalizzare più facilmente la cosa in tutti i comuni del Regno, basterebbe una semplice disposizione ministeriale che invitasse i sindaci, ufficiali di stato civile, a delegare per la constatazione delle nascite, non un impiegato d'ordine qualunque, ma il medicolo la levatrice

di condotta.

Circa alla funzione del battesimo, non mi sembra, che trattandosi di un provvedimento così eminentemente umanitario, le somme autorità ecclesiastiche, non possano ordinare che eccesionalmente, per la terza parte più fredda delle annate, cioè dal 15 novembre al 15 marzo, i bat-

tesimi si facciano a domicilio.

Sta già il fatto che in certi casi di necessità, i sacerdoti amministrano alcuni sacramenti in casa, e assistono gli ammalati, e benedicono le case ecc., quindi nello stesso modo potranno andare, se a ciò debitamente autorizzati come incaricati speciali , o comandati come parroci , a batteszare i bambini nei loro domicilii. Nessuna domestica consuctudine verrebbe in tal mode a perturbarsi, in quanto che la cerimonia non cambierebbe e forse per molti riuscirebbe più solenne la festa che interessa i genitori, i parenti, e gli amici e le levatrici; di più si togliarebbe alla puerpera quell' ansia naturale e legittima che prova quando il suo bambino le vien tolto caldo caldo dal seno per essere esposto il più delle volte ad una lunga e disagevole gita, e quella emozione che ha quando il bambino le vien ricondotto talvolta freddo e sbattuto, forse con un principio del male che ne tronchera presto la tenera esistenza. E se questo succede, quella cerimonia religiosa, per quanto fatta con sincera fede, suggellera nel cuore dei genitori un triste ricordo, e forse un rimorso.

Siffatta conclusione del Gelli è verissima, ed io ricordo di avere, parecchi anni sono, in una nota del mio libriccino Igiene ed educazione della prima infansia scritto appunto che il mandare i piccini, nell'intemperie, al battesimo equivaleva a farli morire. Senonchè il rimedio che io proponevo era troppo radicale e l'espressione di un animo giovanile indignato di un'usanza, che mieteva sul nascere tante vite innocenti, e spero quindi che l'antica proposta mite e pratica rifatta del Gelli abbia ora più fortuna, essendo in fondo

questione d'igiene e non di religione.

F. B.

LAVORI ORIGINALI

CLISTOA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA, PTOF. C A M P A N A. ECZEMA ORONICO.

Sommano. — Necessità della diagnosi non solo anatomo-patologica ma anche stiologica dell'ecasema—Casi in cui è difficite la ricerca del momento etiologico—L'applicazione della cura locale, si accontenta molte volte della diagnosi anatomo-patologica — Necessità di distinzione delle varietà morfologiche dell'ecsema, e del suo stadio; se acuto o cronico—Cura con preparati di catrame: come si applicano — Quando si possono usare le fasciature di kacutschouk ed il bagno prolungato, non continuo, che giova nel pemfigo grave.

Il tricophiton si localizza principalmente nell'epidermide, ma porta tali alterazioni nella cute da simulare l'eczema rubro ed altre forme morbose.

Vi sono casi di ecsemi in cui la diagnosi di natura è difficile : e occorre una lunga osservazione per arrivare alla detta diagnosi; però la cura locale non differisce molto nei singoli casi, salvo casi in cui viha presenza di tricophiton; chè allora si richiede una cura etiologica. Nei due casi in esame non furono trovati parasiti del tricophiton. Fatta la diagnosi di ecsema, per venire ad una conveniente cura locale, si comincia dal risolvere il quesito se esso sia ecsema scuto o cronico; perchè la cura è diversa. Qui si tratta di eczema cronico secco; eczema squamoso. Non avendo potuto trovare una ragione patogenetica locale, causa di alterasione, si deve dire che la cute rappresenti in questi bambini un locus mineris resistentias; le condizioni di vita non saranno state le più igieniche e la cute sotto questi stimoli, ha dato luogo ad ipernutrizione ed ipergenesi epidermoidali, ed a infiltrazioni dermiche. Dobbiamo domandare: quale cura è capace di portare un riassorbimento di questi materiali di infiltrazione e la risoluzione dei fenomeni di ipernutrizione.

Un processo acuto su uno cronico è capace di ciò. Tutti i messi irritanti locali, perfino i messi chirurgici (causticazioni, punture) possono rispondere allo scopo: ma questi dànno irritazioni soverchie e cicatrici; si sono usati altri messi, che non dessero necrosi o flictenosi. Queste sostanze appartengono ai preparati di catrame: esse attivano il movimento ameboideo delle cellule bianche e dànno maggiore attività agli elementi del tessuto, o facilitano la caduta in necrosi di qualche leucocita: ridanno! tono alle fibro-cellule muscolari vasali.

L'applicazione dell'olio di cade si fa con messi meccanici, mercè un pennello. Il pennello ruvido è un messo di irritazione e di massaggio della ente. Dopo tale applicazione si copre la parte con una pezza di flanella. Si usa la lana perchè cesa attiva, col conservare il calore, l'azione del rimedio e facilità ed attiva la traspirazione, i prodotti della quale vengono emessi meglio attraverso una fianella che attraverso una tela di lino. Se si vuol mantenere un certo grado di umi dità nella parte, si usano le fasce di caoutschuk, o il boudrouche; col che si viene ad ottenere lo stesso risultato di un bagno continuo. come fu consigliato da Hebra; bagno che si deve applicare nel pemfigo grave fogliaceo, dove giova moltissimo.

Dopo l'effetto del bagno continuo in alcuni casi di ecsema occorre tonissare l'epitelio usando astringenti: ciò si ottiene con soluzione di solfato di allumina e potassa, o di acetato di piombo.

SIFILODERMA NODULARE SEBORROICO.

Sommano. — Difficoltà di diagnosi di alcuni casi clinici: talora conviene aiutarsi con criterii sintetici
anziche analitici.—Sifiloderma nodulo ulceroso flittenoide—Sifiloderma papulo sclerotico: sua cura locale
e generale—Ancora del caso di dermatite erpetiforme; migliorato col riposo, dall'alcool peggiorato e coll' uso dell'ioduro di potassio, migliorato coll' allontanamento del ioduro.

Un caso che offre difficoltà diagnostica.

Ci son casi in cui non è possibile rilevare il male con un sistema di analisi, ma invece bisogna andare alla diagnosi diretta, fatta sulla base di una critica sintetica, nella quale si tien conto più della proporzione delle diverse manifestazioni, tra di loro, ansichè della fisionomia assoluta o minuta di ciascuna di esse.

Inferma con cruzione nodulo-ulcero crostosa. Noduli poco accentuati, rosso foschi: ulcerazioni che, nella loro morfologia, dinotano un processo già antico; croste fatte da materiale purulento, ma, nelle quali, in quelle più secche e sottili, vi si rileva materiale sebaceo, con un certo grado di untuosità, che è maggiore del normale, sulla cute sana e nelle adiacenze della cute alterata. Queste cruzioni, con materiale di essudazione, con ulcerazioni ed infiltrati, non si hanno su la cute di un psoriazioo, sebbene la cruzione guardata nel suo insieme faccia pensare a questo morbo.

Qui si deve ritenere un processo specifico sifilitico, tubercoletico, o tricofitico, che dal Ma-

i o c ch i fu descritto, anatomicamente, come una forma di granuloma al sutto caratteristica. Ma, questo granuloma da tricophiton, si presenta in vn modo diffuso su larghi tratti: quindi non è tricophiton, non è psoriasi, non può essere eczema e quindi bisogna pensare a un processo sifilitico; sifiloderma nodulo-ulcerante seborroico. perchè vi è la fase della secrezione sebacea abbondante, e quindi si ha che le regioni preferito sono il naso e il capillisio. Come avvenga la seborrea in un sifiliderma si spiega perchè la sifilide, non attaccando in questi casi diffusamente il derma, e impedendo la circolasione negli strati superficiali, dà luogo alla seborrea. Altrettanto avviene negli individui affetti da congestione e cicatrici consecutive a vaiuolo; anche qui seborrea secca e fluente.

Cura. — Ove è sepsi è questa che ci deve prima precocupare: e questa bisogna guarire.

Per agevolare la caduta dei materiali epiteliali, occorre lavare con soluzione di sapone; se si avesse irritazione, si fanno cataplasmi con olio fenicato, o borico, cambiati ogni 12 ore. Allontanati gli essudati si avrà il sifiliderma nodulare, che si combatterà coll' unguento mercuriale, o col calomelano, (in pomata) che è più utile, perchè è meno irritante e più asettica, perchè si può preparare sul momento, mentre, con l' unguento napoletano, si possono avere irritazioni gravi, per alterasioni cui può andare incontro l'unguento, conservato, bell'e fatto, per molto tempo. Il calomelano si usa in dose di gr. 1₁2 in 80. Internamente cura mercuriale e iodica.

Altra inferma con erusione papulo-sclerotica della bocca, labbra e tonsille: sono erusioni papulo-sclerotiche ricoperte da epitelio bianchiccio, ispessito. Lue secondaria, ma non recente: lue non ben curata.

Cura da fare: causticazioni di nitrato di argento, seguite da applicazione di soluzione di cloruro di sodio.

Queste manifestazioni non dispaiono presto con sola cura interna, che deve essere prolungata e frazionata.

Ecco un caso di dermatite erpetiforme del Düring.

Fu studiata la irritabilità dell'epidermide di questo infermo mercè l'uso interno dell'alcool e dell'ioduro di potassio. Fu curata la sifilide nascosta, ma non perdette la irritabilità. Avendo somministrato ioduro di potassio, si ebbero eruzioni vescicolari caratteristiche, che cessarono sospendendo la somministrazione suddetta.

Di questo infarmo abbiamo già parlato altra volta ed il dott. Frecero illustrerà questa forma, messa in rapporto con alcuni casi di orticaria factitia. Come nella orticaria factitia bisogna ammettere una irritabilità del sistema terminale vasale e dei connettivi dermici, per veder determinato il fenomeno, qui bisogna ammettere la stessa irritabilità vasale, accompagnata da irritabilità dello strato mucoso, nelle cui lacune plasmatiche vengono ad accumularsi leucociti e siero, nella dermatite erpetiforme.

Lo vedono guarito oggi questo infermo: ma forse lo vedranno nuovamente ammalato, perchè, essendo un alcoolista, andrà presto incontro a qualche ricaduta, se non si emenda.

RIVISTA DI CLINICA

Olinica Medica propedentica della E, Univ. di Torino (prof. C. Ferianini)

Stafficcochemia e Streptecechemia. (Lexique raccolta dal dott. F. Levi, assistente).-L'ammalata che vi ho presentata nell'ultima lesione è soccombuta improvvisamente per collasso cadisco. Pur ritenendo il caso gravissimo, non si aspettava la morte così prossima, inquantoché, da venerdì che fu loro presentata si continuò pure a notare qualche miglioramento; non ottenne certo molto la cura collo strofanto, coll'iniuso di caffe e di the forti che le venivano ripetutamente somministrati lungo il giorno; certamente però il poleo s' era alquanto rialsato, tanto che di fu possibile raccogliere un tracciato sfigmografico; nella mattina del sabato, anzi, riscontrai di molto attenuati i fatti che mi fecero fare diagnosi di epatissasione polmonare, il respiro bronchiale risonante, i rantoli crepitanti erano pressochè scomparsi ed appena era accennata la smorzatura là ove eravi la fascia di ottusità plessica.

L'autopsia, per consenso speciale dell'autorità municipale, potè essere fatta prima delle 24 ore regolamentari, in quanto la putrefasione che si avviava a grandi passi avrebbe potuto renderoi oscuro il reperto. La sezione è stata eseguita dal chiarissimo prof. F o à, dal quale ottenni i pessi anatomici che loro presentero; dopo aver letto il reperto anatomo-patologico vedranno confermata nella massima parte dei punti, e sovratutto nelle note fondamentali, la diagnosi fatta al letto della malata.

Premetterò un riassunto dei dati anamnestici

e dei fatti più importanti ceservati nel soggiorno in Clinica e della diagnosi clinica fatta.

L'ammalata, nei primi di settembre, si era strapamata molto, e col corpo e, coll'apparato digerente. Venuta in Clinica, non si riscontrò a tutta prima che una stomatite pseudo-membranosa con febbre appena manifesta. Dall'esame dell'orina si rilevarono i segni di una glomerulo-nefrite caratteristica compagna delle malattie infettive gravi; vi erano le note di un attivo processo di dagenerasione e numerosi cilindri ialini, segni dell'inflammasione dell'epitelio renale, più una quantità di elementi pioidi che l'autopsia ci rilevò provenire da una concomitante pielite destra.

Si osservarono di fi a due giorni i segni di una grave pericardite che importò uno scadimento improvviso delle forse, con dolori di strettura molesti e ripetuti alla base del torace. Dolori vaghi sulla muscolatura, e specialmente nei due deltoidi. La palpasione non diede alcun reperto oggettivo; ma qui si fecero iniesioni ripetute di clic canforato che provocavano rossore e tumefasione, per cui un ulteriore esame della parte non poteva più condurci ad una diagnosi assoluta di artrite pusulenta, quale si è di fatto riscontrato al tavolo anatomico.

Come no detto non fu possibile nessuna coltura del contenute pericardico nè polmonare.

In negativa la coltura del sangue. Dalle pseudo-membrane boccali, invece, si ottenne una coltura netta di stafilococco piogeno albo e di straptecocco; così dal materiale emesso cogli sputi, ed ancora nel sedimento urinario riscontrammo numerosi gli strepto e stafilococchi, che essi hanno potuto vedere nel preparato microscopico presentato.

Ammisi le pseudomembrane, punto di partensa dell'infesione che diede luogo alla pericardite ed alla nefrite.

Ho ammesso la pericardite dal fatto dello sfregamento; non ho concluso in modo assoluto se vi egistesse un versamento; non ne ho escluso però la possibila concomitansa; ne mancavano, è vero, i segni classici; l'area plessica, enorme, doveva ascriversi ad una dilatasione acuta del cuore e ad una raccolta solida negli spazii complementari pericardici.

Non mi sono pronunciato se la mioastenia acuta fosse dipendente da intossicazione del miocardio, oppure se da raccelte purulente nello spessore di esso, siccome suole spesso succedere nelle infesioni stafilococchiche sperimentali.

L'ingufficienza della mitrale fu da me ammessa

indubbiamente, per il soffio sistolico forte che occupava tutta la piccola pausa; sono però stato in forse se attribuirla ad un' insufficienza relativa o ad un' endocardite recente dipendente dal processo infettivo boccale; sintomi questi frequenti nelle infezioni strepto e stafilo-cocchiche.

L'autopsia dimostrò il fatto essere antico; ma a noi dei dati anamnestici nulla fu dato saperne; il fatto poi che l'ammalata aveva ballato fino agli ultimi mesi non ci permise neppure di supporlo, in quanto è ben raro il caso che un'insufficiensa mitrale non dia, in queste condizioni, alcun segno della sua esistenza.

La nefrite fu connessa all'infezione boccale; si ammise destata del passaggio delle tossine come nelle malattie infettive ed anche degli stessi microrganismi che vennero difatti riscontrati numerosi nelle orine.

Quanto alle lesioni polmonari, è certo che nel giorno che ho loro presentato l'ammalata vi era il reperto di una pneumonite alle due basi del polmone, dove era manifesta una vera sona di ottueltà assoluta con rumore bronchiale risonante e crepitio a distanza.

Ho detto loro, come è vero che lo stafilococce non dia processo polmonitico, però vi è che fra le tossine stafilococchiche alcune predispongono il tessuto polmonare ad una recettività maggiore ai microrganismi che sono gli agenti specifici della pneumonite, il diplococco pneumonico, che bene spesso si trova nella bocca anche dei sani. Per altro ho soggiunto loro come l'esistenza di una pneumonite franca, bilaterale, fosse poco probabile in quanto non v'era che un lieve aumento della temperatura, non v'era tosse, non si ebbero sputi: al sabato i segni statici polmonari erano quasi scomparsi.

Si trattava, dunque, di un processo infettivo grave, partito dalla bocca. La diagnosi, se non aveva per argomento la presenza degli agenti patogeni nel sangue, aveva però quello del trovarsi numerosi nella bocca e nell'orina.

Le cause della stomatite? Da tempo l'ammalata era affetta da un processo infettivo al colon, con evacuazioni diarroiche sanguigne, di cui uma anche in clinica (senza pseudo-membrane) però, segao di un processo colico ed infettivo.

L'ammalata ci disse di aver vomitato qualche tempo prima una quantità di ascaridi; da questo dato si poteva arguire una facile permeabilità della valvula del Bauhin, per cui il materiale del colone del tenue poteva refluire nello stomaco.

E' probabile lo stomacace dipendesse dalla colite;

se non si può affermare in modo assoluto, lo si può per altro presumere, pensaulo che in tali infezioni non sono infrequenti le metastasi al fegato.

Ciò posto, ecco il reperto anatomo-patologico: Nulla alla dura madre, alle pie meningi ed al cervello; alla bocca una stomatite pseudo-membranosa ed ulcerosa, che occupa specialmento le gengive, la lingua e le guance, in corrispon lenza delle arcate dentarie; tonsillite follicolare comune; nel resto della faringe nulla di notevole. Aperto il cavo toracico si nota una retrazione dei margini polmonari onde uno scoprimento notevole del cuore; questo viscere è aumentato di volume; esso è completamente fisso per obliterazione totale del pericardio da pseudomembrane-fibrinose recenti; gli spazii complementari peri ardici contengono un po' di liquido citrino limpido. Il cuore è flaccido, non si hanno aree di miocardite recente, esiste invece un'endocardite mitralica antica con retrasione del pizzo aortico. I polmoni sono lievemente aderenti per un deposito fibrinoso recente ed antico sulle due pleure; note d'ipostasi polmonare basale.

La massa intestinale è meteoritica, ma in posizione normale; esiste una colite ulcerosa gravissima; i reni sono assai aumentati di volume e rispecchiano il quadro tipico del grosso rene bianco; la mucosa dei bacinetti è torbida, fortemente iniettata e contiene pus; la milsa infettiva, tipica. Un ascesso parametrico; nelle articolazioni scapolo-omerali una raccolta non abbondante di pus denso e cremoso.

Questo reperto constata il fatto della stomatite, della pericardite fibrinosa; nel pericardio esisteva benei una certa quantità di liquido; forse si tratta di un fatto appena premortale; ma se pure liquido esisteva già al momento dell'esame, esso era in quantità certamente anche più scarsa.

Con la puntura esplorativa non si estrasse liquido alcuno, benei si senti il cuore sfregare contro l'ago. Non v'era il cambiamento di forma dell'area plessica col cambiamento di posizione dell'ammalata; mancanza che qui potremmo forse spiegare con la fissità, con le fimbrie che tenevano il cuore aderente al pericardic.

Ho lasciato dubbio sull'esistenza del liquido, potendo il versamento pericardico, siccome ho detto, accompagnarsi ad uno sfregamento anche a cuore libero.

Ho lasciato dubbio sullo stato del miocardio; ho detto esservi una mioastenia; all'autopsia nessuna miocardite, il cuore era pallido, flaccido.

L'insufficienza mitralica esisteva realmente; si tratta ho detto, di endocardite recente, data dall'infezione in corso, oppure si tratta di dilatazione cardiaca, di insufficienza relativa? Non ho considerato altra possibilità, in quanto nell'anamhesi non si trova segno di patiti disturbi idraulici da vizio cardiaco, nè alcuna delle malattie pregresse accennate lo facevano supporre: il fatto poi che aveva potuto ballare tutta una notte nel settembre ci pareva incompatibile con una insufficienza mitralica antica. Il rumore si trova anche nelle dilatazioni acute. Ma l'autopsia ci manifesta una lesione di antica data, e ci conviene ammetterla e tener conto come un tale fatto possa non fornire alcun segno rilevabile anamnesticamente.

L'ispessimento del polmone esiste certamente; non è però tale da spiegare da solo il rumore bronchiale risonante ed il rantolo crepitante. Ma alcuni fatti ci spiegano come tale reperto fosse possibile. Il volume raggiunto dal cuore e dalla cavità pericardica, era tale da esercitare una compressione sul polmone, specialmente sul sinistro; di qui il rumore timpanico sulla proiezione sinistra ed il suono ottuso timpanico alle due basi, concorrendo ancora e le aderense pleuriche antiche e l'immobilità continua della malata che, sotto il pericolo di dispnea, posava sempre semieretta, per modo che scarsa era la mobilità delle basi polmonari, e facile, nello stato d'adinamia, la infiltrazione sierosa, e quindi le condizioni di un respiro bronchiale risonante e di rantolo crepitante.

La mefrite constatata fu appieno diagnosticata. I fatti uteriui furono sospettati dai dati anamnestici; non furono constatati direttamente in quanto troppo gravi erano le condizioni in cui si trovava l'ammalata per poteria, sensa pericolo, sottoporre a tale esame; tanto più che non erano questi fatti presumibilmente tali da nulla aggiungere a spiegarci la sindrome generale, nè da modificare il piano curativo.

Non si diagnosticarono le raccolte marciose articolari; fatti questi inerenti al processo infettivo generale; non li si diagnosticò e ne ho detto il perché. Non furono peranco sospettati; il dolore muscolare ed il dolore locale vennero attribuiti alle iniesioni irritanti che s'erano fatte in queste regioni, come le cause più facilmente eccepibili; la diagnosi loro, peraltro, non ci avrebbe date alcun criterio tale da modificare la diagnosi generale di stato d'infesione mista stafilo—e streptococchica, che partita dalla bocca e dal colon, interessò cuore e rani.

La cura fu, come vedono, assolutamente inefficace; come potevano agire lo strofanto, la digitale? Non esisteva, è vero, miocardite, ma il miocardio presentava spiccate le note di un' intossicazione grave e le tossine non potevano essere eliminate, data la concomitanza delle pessime condizioni degli apparecchi destinati all'eliminazione dei veleni dell'organismo. La morte doveva qui essere dunque un fatto necessario (Gazetta Med. di Torino, 25 febbraio 1897)

Clinica Dermatologica dell'Ospeda... Pascal (prof. Brocq). Sail'eszema seberreice (suberreits).

Vi presento tre infermi i quall hanno una dermatosi di aspetto diversissima, ma in cui la diagnosi è unica, quella cioè di eczema seborroico.

Il primo infermo presenta sul petto delle salienze arrotondate, in alcuni punti circinnate per confluenza, a margini nettamente delimitati, d'un rosso-giallastro un pò vivo, come costituiti da piccoli elementi pseudo-acnelei ravvicinati linearmente e sormontati da piccole squame biancogiallastre, grassose, poco aderenti.

In molti punti si riscontra la lesione iniziale sotto forma d'un piccolo elemento rosso, lievemente squamoso. La lesione è localizzata alla regione pre sternale ed un poco anche sulla regione anteriore del petto, benchè gli elementi erattivi si vadano sperdendo eccentricamente. In certi momenti il prurito è vivo, talvolta però la lesione è apruriginosa.

Posteriormente, nella regione inter-scopolare, si trovano le vestigia della stessa affezione, mentre in certi casi è appunto quivi che l'erusione ha il suo maximum d'intensità.

Su tutto il vertice cefalico vi sono lesioni analoghe: vi sono in fatti pellicole, esaminando le quali con una certa attenzione, si vede che esse non sono diffuse su tutto il cuoio capelluto ma formano, al contrario, ammassi o, per meglio dire, zolle configurate a margini netti a livello di cui hanno il maximum di spessezza.

Esse hanno un colorito bianco-gialliccio e, stropicciate fra le dita, danno una sensazione ciecsa.

Tra l'una piastra e l'altra, il caoio capelluto appare sano.

Da quelche mese l'infermo vede cadere i suoi capelli con grande facilità ed abbondanza.

Tutti questi sintomi ci permettono di fare una diagnosi precisa; si tratta di quella lesione alla quale fu data successivamente la denominazione di lichene anulato serpiginoso, circinnaria, eczema acneico, eczema fianellario, seborrea e che Unna considera come il tipo del suo eczema

Seborroico circinnato del torace e del cuoio capeliuto.

E' questa una forma morbosa speciale, bene distinta, caratterizzata dalla sua localizzazione, pel suo aspetto obiettivo, la sua forma circinnata, la sua secchezza, la facilità con la quale cede ai più svariati rimedii e d'altra parte per la tenacità, veramente noiosissima, con la quale recidiva.

Secondo l'opinione dei più, essa è di natura parasitaria e le recentissime ricerche di Elli o t e di Merril sembrano aver dato la chiave del problema, dimostrando l'esistenza di microbi patogeni speciali e multipli che (con la loro presenza alio stato puro o di associazione) spiegherebbero i diversi aspetti che può presentare quest'affesione.

Il secondo infermo presenta una erusione molto diversa.

Le lesioni in lui sono localizzate alle orecchie, la cui conea è rosso-viva, tumefatta, secernente, ricoverta di squame e da crosticine giallastre; i solchi retro-auricolari presentano gli stessi caratteri.

Queste lesioni (che sono quelle dell'ecsema cronico umido, inflammato, con dermatite profonda) si estendono un pò al disotto dei lobuli auricolari, sulle parti vicine del collo e delle gote ed, in dietro delle orecchie, su tutta la regione mastoidea e sulle parti vicine del cuoio capelluto: a 5 o 6 cm. dalla plica retro-auricolare esse a poco a poco svaniscono; il rossore dei tegumenti scompare e più non si notano che poche squame bianco-giallastre: sul ventre non si trova altro, che poche squame grasse, disseminate qua e là in ammassi.

I casi più numerosi sono appunto quelli di tale genere; e siccome le lesioni ecsematose con vescicole, secrezione, ragadi, dermite, coincidono (per così dire) sempre con la seborrea del capillizio o con uno stato seborroico del volto, a questo tipo morboso, noi abbiamo dato la denominazione di eczema seborroico umido, retro-auricolare.

In alcuni rari casi può, in uno stesso individuo, coesistere col tipo precedente, ma d'ordinario tale coincidenza non esiste punto.

La lesione che presenta il terzo infermo, è a primo aspetto, di più difficile interpretazione.

Costui viene a consultarci per alcune zone eruttive che presenta sulla faccia anteriore nelle gambe.

A dritta se ne contano \$ sulla cresta della

tibia, della grandezza di 1 a 2 lire d'argent; irregolarmente ovulari a grande asse verticale, a margini ben delimitati, di colorito rosso giallastro, ricoperte da crosticine, da squame e da vescicole; al loro livello il derma è inspessito, un pò infiltrato (come il lichene); esse sono pruriginose e, per dirio breve, a primo aspetto si confondono con piastre di eczema mummulare lichenificato.

La gamba sinistra è maggiormente colpita; essa presenta dalla tuberosità anteriore della tibia fino a 8.4 cm. dall'articolazione tibio-tarsea, tutta una serie di zolle eruttive, di grandezza variabile da un 2 centesimi a quella del palmo di una mano, quasi tutte vicinissime o confluenti, raggruppate in guisa da formare nel loro insieme una vasta estensione eruttiva, lasciando qua e là punti integri.

Studiandola accuratamente si vede che i diversi elementi che la costituiscono hanno limiti netti; alcuni sono ricoperti da crosticine, crivellati da vescicole eczematose e secernenti; altri al contrarie (specie in alto) hanno una tinta rosso-giallastra, che ricorda quella della psoriasi e sono ricoperti da squame bianco-giallicce lievemente untuose, che facilmente si distaccano col grattamento; questo stesso grattamento fa sanguinare il derma sottostante. Insomma, dal punto di vista obietlivo, le lesioni della gamba sinistra rassomigliano nella maggior parte della loro estensione a quelle che Unna descrisse sotto il nome di eczema seborroico psoriasiforme.

Ora continuando l'esame di questo infermo, sul cuoio capelluto si rinvengono numerosi ammassi di squame bianco-giallicce, un pò untuose, al disotto dei quali il capillizio è più colorato. Questi ammassi sono disposti in piastre disseminate senza alcun ordine, ma un pò più numerose sul vertice, per nulla circinnate, cioè che non presentano un alone periferico in piena attività ed un centro poco colpito.

Non sono quindi identiche alle lesioni presentate dal primo infermo. Verso il gomito destro si trovano inoltre due piccole lesioni, ma più importanti: una della grandessa di una lenticchia, di color rosso-gialiastro, molto vivo, ricoperta da una squama biancastra che si rende più visibile col grattamento, e l'altra, di quasi un centimetro di diametro, più pallida, coverta egualmente da squame secche, d'un bianco-giallicoio, che col grattamento cadono, lasciando il derma sottoposto un pò sanguinolento.

Non v'ha dubbio che le lesioni iniziali sono

quelle osservate sull'antibraccio e sul cuoio can pelluto; esse sono un pò più accentuate, di aspetto eczematoso in certi punti dell'alone periferico dell'eruzione della gamba sinistra.

Si tratta adunque di eczema seborroico psoriasiforme; solamente, in certi punti della gamba sinistra è mascherato da eczematizzazione spiccata, mentre a destra è lievemente eczematizzato e molto fortemente lichenizzato.

Se ora noi confrontiamo fra loro questi 8 casi, vediamo che, in realta, diffaniscono notavelmente l'uno dall'altro. Il primo he la sua fisonomia propria di dermatosi parasitaria ben definita dal punto di vista clinico; il secondo rassomiglia molto all'ecsema degli antichi; il terso ha nel suo aspetto generale alcuni rapporti con la psoriasi; però noi li classifichiamo tutti e tre come ecsema seborroico.

E' tale denominazione giustificata?
Prima di tutto sono veramente ecsemi?

Se noi prendiamo il primo infermo ed analissiamo più da vieino la sua eruzione, bisogna convenire che nulla vi ha (sia nello aspetto che nella evoluzione) che giustifichi la diagnosi di aczema. O bisogna negare a questa denominazione ogni significato preciso, oppure rinunciare di applicarla a lesioni di tal fatta.

Per noi il termine ecsema, sembra riservato a dermatosi caratterizzate da rossore, vescicole, con tutte le ulteriori modifiche di queste, ecc.; questa eruzione vescicolosa ha caratteri speciali di aggruppamento, di forma, di grandessa, di evoluzione, che sono veramente caratteristici dell'ecsema e che sono differenti dalla vescisolazione speciale che si osserva in certe dermatiti puramente traumatiche o chimiche, o nella disidrosi pura. Ciò posto, non si può (sotto pena di confusioni spiacevoli, che per tanti anni hanno reso oscura la questione degli eczemi) continuare a dare il nome di ecsema a questa dermatosi circinnata, secca, squamosa, che si osserva nel nostro infermo. Io preferirei la denominazione di circinnaria, di seborrea corporea, ecc., ma anche queste sono inadatte. Io non parlo di quella del tichen annulatus serpiginosus, poiche oggi la denominazione lichene è esclusivamente riservata al bichen ruber planus ed alle sue varietà.

La denominazione di seborrea del corpo mi pare insufficiente, poichè vi è un elemento infiammatorio e circinnato che non sembra esattamente compreso sotto tale nome. Quella di circinnaria sarebbe più adatto perchè non precisa nulla, ma ricorda uno dei caratteri della lesione.

Però, non è meno vero che noi non possiamo disconoscere tutta la serie dei lavori di Unna e dei suoi allievi su tale argomento e le relazioni che essi hanno stabilito tra questo tipo e gli altri tipi morbosi che essi hanno confuso nel loro eczema seborroico.

Fino ad ora, è ben difficile precisare quali sieno le vere relazioni esistenti tra questi diversi gruppi di fatti: noi non possiamo credere che si tratti, in tutti i casi, di una sola ed identica malattia, causata sempre dallo stesso microbio e che le differenze di aspetto sieno dovute a differenza del messo. Io propenderei per associazioni microbiche diverse, ma anche questa è una ipotesi.

Ad ogni modo, in tutti questi processi v' ha una specie di stato grassoso della cute ed una consistenza un po'grassa delle squame che sembrano essere molto vicine a quel che si designò sotto il nome di seborrea. E' questo aspetto reale?

Non possiamo affermarlo. L'istologia e l'analisi chimica non arrivano sempre a svelarlo; non per tanto, dal punto di vista clinico, sembra che nella grande maggioranza dei casi esista: ed appunto per questo è che la denominazione generale di seborroico, attribuita a tutti questi fatti, sembra fino ad un certo limite giustificata.

Se danque noi vogliamo conservare il radicale seborrea e sopprimere la parola ecsema nella denominazione di tutti questi fatti, siccome (d'altra parte) si accompagnano sempre ad un certo grado d'infiammasione, mi sembra giusto che, per indicarli, si adoperi la nuova denominazione seborroite: questa ha il duplice vantaggio, di ricordare l'antico vocabolo e di affermare in maniera evidente l'esistenza di tutto un gruppo di dermatosi veramente distinte dall'ecsema volgare.

Infatti, quanto più ci avanziamo nello studio clinico, più ci convinciamo che, tra l'eczema volgare da una parte e la psoriasi tipica, dall'altra, v'ha tutto un esteso e complesso gruppo di dermatosi, distinte a preferenza dal vero eczema più che dalla psoriasi, gruppo che merita di essere messo a parte, in un quadro nosologico a sè ed essere considerato semplicemente come un anello di passaggio.

Queste dermatosi hanno il loro aspetto speciale: esse hanno le loro reazioni terapiche speciali che sono intermedie tra quelle del vero ecsema e della psoriasi tipica; infine pare che sieno di natura parasitaria ed in certo modo autoinoculabili ed anche trasmissibili.

Quest'ultimo particolare à stato recentemente segnalato dal Perrin per i così detti eczemi seborroici dei genitali, ma si sono avuti casi di trasmissione anche dall'eczema seborroico psoriasiforme disseminato e ciò spiegherebbe i risultati positivi d'inoculazione della psoriasi che sono stati pubblicati.

Già Unna ed Audry avevano pensato a classificare con un nome speciale questo gruppo di lesioni, ma la denominazione data non fu troppo felice. Io credo che con la parola seborreite ogni equivoco possa evitarsi.

Le forme che sono caratterizzate (al cuoio capelluto) da zolle più o meno diffuse di pitiriasi ed all'aspetto rosee e pitiriasiche, sarebbero designate sotto la denominazione di seborroite pitiriasica o pitiriasiforme; l'eczema seborroico circinnato sarebbe la seborreite circinnata; l'eczema seborroico a forma acneica del volto, sarebbe detta seborreite acneiforme; l'eczema seborroico delle pliche: seborreite delle pliche con o senza eczematizzazione, a seconda i casi; l'eczema seborroico psoriasiforme: seborreite psoriasiforme (eczematizzata o lichenificata).

In tal modo, il concetto generale di questo gruppo morboso diventa molto facile, sensa esser meno complesso. Non bisogna credere che se noi designamo con lo stesso nome di seborreite tutti i fatti precedenti, noi li riteniamo tutti come costituenti una sola entità morbosa (dipendente — come pare probabile — da un solo microbio); noi non sappiamo ancora nulla, nè possiamo emettere che ipotesi. La mia convinzione sta più tosto in favore della polispecie dei microbi patogeni, probabilissimamente saprofiti (per la maggior parte) allo stato normale, ma che possono diventare patogeni in date condizioni.

Le associazioni microbiche diverse, spiegherebbero le molteplici varietà dell'aspatto di queste lesioni, la cui scala insensibile va dal semplice rossore pitiriasico all' elemento psoriasico e le cui forme pure variano all' infinito, simulando solle, elementi circinnati, follicoliti superficiali secche ed umide, ecc., ecc. (La Presse mèdicale, 6 marzo 1897).

Nacciarone

PATOLOGIA SPERIMENTALE

Effetti della degenerazione ascendente eui gangili delle radiol nervose posteriori e sulle corna anteriori del midollo. Fleming. - Prima di esporre i risultati degli esperimenti compiuti dall' autore, ci sembrano indispensabili alcuni preliminari.

Le cellule dei gangli delle radici nervose posteriori sono, negli alti vertebrati, unipolari: il processo cilindrassile si divide in due fibre, una delle quali si porta in alto, cioè al midollo, l'altra in basso, cioè al nervo.

Queste cellule sono tutte fornite di nucleo. Il loro protoplasma, consta di due sostanze, una cromatica, cioè colorabile, l'altra acromatica, non colorabile.

La sostanza cromatica è solubile negli alcali, insolubile negli acidi.

Essa si presenta come piccole masse, la cui forma può essere rotondeggiante, ovale, fusiforme, angolare, stellata, o del tutto irregolare. Queste masse possono essere disposte in serie, oppure irregolarmente; tra di esse si trova la sostanza acromatica. Nel prolungamento cilindrassile non si trova alcuna di tali masse cromatiche. L'estrema periferia della cellula è spesso del tutto. o quesi del tutto, priva di granuli cromatici. Questi sogliono essere molto scarsi anche nella fatte sui gangli delle radici spinali corrispondenti zona perinucleare.

Il nucleo è relativamente grande, ed occupa una posizione centrale; in esso si osserva un delicato reticolo, che generalmente credesi costituito da cromatina. Dentro il nucleo esistono parecchi corpicciuoli rotondi, uno o due dei quali sono, senza dubbio, veri nucleoli, mentre sulla natura degli altri, di gran lunga più piccoli, non si è ancora d'accordo. Dentro ogni nucleolo esiste un endonucleolo. Il nucleo ha una membrana ben distinta, che spesso è stata descritta come doppia. Il processo cilindrassile sorge da una parte del protoplasma cellulare, la quale è scolorata ed ha forma semicircolare o di ferro di cavallo, col margine convesso diretto verso l'interno della cellula. Questa parte semicircolare del protoplasma cellulare, differisce dalla sostanza acromatica per le sue proprietà ottiche e per altri caratteri. Le cellule variano per la loro grandezza totale, per la proporzione di sostanza cromatica, per la grandezza dei singoli granuli cromatici, e per il volume del nucleo.

Le cellule in discorso presentano, alla loro periferia, uno strato di linfa (spazii linfantici pericellulari, la cui reale esistenza è però messa in dubbio da alcuni autori).

Nelle cellule multipolari delle corna anteriori, i grauuli cromatici sono molto più grandi che nelle cellule dei ganglii spinali.

Tali granuli sono stellati, fusiformi o bacilli-

Gli effetti della sezione o legatura dei nervi sui ganglii spinali e sul midollo, furono studiati da diversi autori. Buffalini e Bossinon trovarono alcuna alterazione nel midollo, dopo la sesione d' un nerve, o dopo l'amputazione d' un volume, o addirittura atrofica.

arto. Invece, Hayem e Gilbert, Déjerine e Mayor, Vulpian, Elinger, Marines c o ed altri, osservarono notevoli alterazioni nel volume e nella forma delle corna anteriori o poateriori.

Gli esperimenti dell'autore furono eseguiti sopra un gran numero di cani e di conigli.

Essi consistevano nella sezione o legatura del nervo sciatico d' un lato; per lo più l'autore eseguiva una doppia sezione o una doppia legatura, sia per scontinuare in modo del tutto certo la conduzione nervosa, sia anche per poter studiare le alterazioni del nervo, anche nella parte compresa tra le due sezioni o le due legature.

Le ferite furono tenute perfettamente asettiche, e guarirono per prima intensione. L'autore mise ogni cura ad evitare qualunque irritazione dei tronchi nervosi, sui quali sperimentava. Ma in alcuni casi, applicò espressamente una sostanza irritante sul nervo (ammoniaca o acido idroclorico), per ricercare gli effetti di tale irritazione sull'andamento dei processi degenerativi.

Il tempo fatto trascorrere tra legatura o sezione nervosa e l'uccisione dell'animale, fu molto vario, cicè di alcuni giorni oppure di una, due, tre, sino a quindici e diciotto settimane, e ciò allo scopo di osservare le alterazioni patologiche nei loro diversi stadii. Tali osservazioni furono al nervo sciatico, e sulla corrispondente porzione del midollo.

Le conclusioni che l'autore ha ricavato dalle sue ricerche, sono le seguenti: le cellule dei ganglii delle radici spinali posteriori subiscono alterazioni ben manifeste, in seguito alla sezione o legatura dei nervi. Tali alterazioni incominciano forse sin dal quarto giorno; ma sono certamente in corso, alla fine della prima settimana. Le alterazioni delle cellule multipolari del midollo sono di gran lunga più tardive.

Una delle primissime alterazioni osservate nelle cellule dei gangli, consiste in una diminuzione di volume del nucleo, in rapporto al volume della cellula.

In certi casi , anche i nucleoli diventano più piocoli. Assai spesso il nucleo assume una posizione eccentrica, non di rado formando una sporgenza alla periferia della cellula.

Gli elementi cromatici di queste cellule subiscono notevoli alterazioni di grandezza, posizione e disposizione. La prima alterazione sembra essere un aggrupparsi dei granuli eromatici intorno al nucleo. Indi si ha una diminuzione del loro numero, e spesso della loro grandezza; talvolta però i granuli si riducono bensi di numero, ma si nota un considerevole accrescimento dei granuli restanti. In alcuni casi, i granuli cromatici tendono a disporsi alla periferia della cellula. In altri casi, i granuli si scindono in una polvere finissima, e formano una specie di nube, diffusa per tutta la cellula.

Gli spazii linfatici pericellulari si osservano in molti casi; e quando tale ingrandimento è molto notevole, la cellula si vede molto diminuita di Quanto alle cellule multipolari delle corna anteriori, esse presentano alterazioni non molto dissimili, le quali sono però, come già abbiamo accennato, assai più tardive.

Malgrado ciò, dopo un periodo di circa quattro settimane, le alterazioni degenerative sembrano progredire più rapidamente nelle cellule multipo-

lari, che non nelle cellule dei ganglii.

In quei casi nei quali, oltre ad eseguire la sesione o la legatura del cordone nervoso, si esercitò su di esso una forte irritazione chimica, le alterazioni degenerative sembra abbiano progredito più rapidamente, massime nelle cellule delle radici posteriori (The Edimbourgh Medical Journal, marso 1897).

Lodde

TERAPIA

L'alcoci nella pratica infantile Comby. -- Molti sono i casi che la letteratura registra intorno all'azione nociva dell'alcool nei bambini, onde l'autore lo dichiara un male pel bambino sano: ma in caso di malattia esso può riuscire utile. L'alcool è, come si ritiene dalla maggior parte degli autori, eccitante del sistema nervoso, aumenta il benessere, la forza muscolare, le contrezioni del cuore, i movimenti del polmone. Però siffatta a zione è passeggiera e solo per le dosi deboli, poichè le forti dosi riescono deprimenti. L'alcool é un diuretic, ma un diuretico irritante per l'epitelio renale e che apporta iperemia dei reni e diminusione della secresione dell'urea, onde l'alcool è stato ritenuto anche un alimento di risparmio. Si ritione che l'alcool possa agire abbassando la temperatura e Bins afferma che 40 grammi di alcool puro abbassano la temperatura. Si é detto inoltre che l'alcool sia un cantiscitico generale e quindi si è prescritto nella setticemia, ma pare che nelle malattie infettive esso agisca più come stimolante che come battericida. L'alcool però ha un'azione locale irritante sui visceri, onde l'abuso di esso determina, com' è noto, gastro-enteriti, epatiti croniche, encefalopatie, arterosclerosi, ecc.

L'introduzione dell'alcool in pediatria è intanto di data relativamente recente, poichè si può dire ch'essa è avvenuta dopo che Todd dimostrò il vantaggio che si poteva ritrarre dagli alcoolici nelle malattie infettive (1860). Bahi e r in Francia volgarizzò il metodo del Todd pochi anni dopo, e G in geo t nel 1867 ne mostrò la sua

applicasione nella pratica infantile.

L'età non è quindi una controindicazione nell'uso dell'alcool e vi sono stati autori come Anstie, che, in un bambino di 14 mesi, malato di polmonite è giunto a somministrare fino a 190 grammi di Porto a cucchisjate di caffè nella giornata, ed altri citati dal Gingeot, che dice di aver veduto negli ospedali dei bambini in Londra somministrare gli alcoolici dosi altissime.

Sensa però cadere in siffatte esagerazioni, oggi condannevoli, è certo che West, Rilliet e Barthes, Bricheteu ed altri molti, prescrivono l'alcool in certe malattie dell' infanzia, come nella difterite, nella bronco-polmonite, nella diarrea coleriforme, ecc.

L'alcool è indicato nei bambini nelle malattie acute e febbrili, quando esse si accompagnano con profonda adinamia; tendenza al collasso cardiaco, e depressione nervosa. Potrà quindi riuscire utile nella cura della polmonite della bronco-polmonite, dell'erisipela, della febbre tifoidea, delle malattie esantematiche, della difteria, della pertosse, della gangrena polmonare, del noma, della tubercolosi, della peritonite acuta, eco.

Esso è però controindicato, in generale, nella malattie croniche in cui l'uso prolungato potrebbe riuscire più nocivo che utile. Gli stimolanti di simile natura, invero, non possono essere adoperati che solo transitoriamente, poichè il ripeterli indefinitamente non fa che diminuire le loro proprietà stimolanti e favorire quelle irritanti e deprimenti.

L'alcool è formalmente controindicato nelle malattie del sistema nervoso, nelle meningiti, nelle encefaliti, negli stati convulsivi, nell'epilessia nell'isterismo, nella corea e in tutti i bambini nervosi.

Esso è, inoltre, controindicato nelle nefriti acute e croniche ed in tutte le varierà di albuminuria, nella dispepsia cronica, nella gastrectesia,
nell'enterccoline, nella dissenteria acuta e nelle
malattie epatiche, nonchè nel renmatismo articolare acuto, nelle diverse manifestazioni dell'artritismo, nelle dermatosi vescicolari, pustolose o
papulose, nelle endocarditi e pericarditi acute
(tranne il caso in cui momentaneamente occorra
uno stimolante alcoolico per combattere l'adinamia cardiaca).

L'alcool, infine, è controindicato in tutti gli stati di debolezza, di languore, di anemia che sono si comuni all'epoca dello sviluppo. In questi casi i parenti si affrettano a somministrare ed anche ad abusare degli alcoolici, degli elisir di china e simili, ma non ne traggono se non svantaggio, e il male si aggrava e il migliramento si ottiene solo quando il medico intelligente interviene e sostituisce agli alcoolici il latte e l'acqua chiara come bevanda.

Circa il modo di somministrare gli alcoolici, per evitare l'azione irritante locale bisogna che essi sieno prescritti sempre diluiti in acqua zuccherata, nel latte, in uno sciroppo e in una pozione qualsiasi. Non solo l'acquavite, il rum, ma anche i vini rossi e bianchi, lo champagne, ecc. devono essere dati molto diluiti; giammai, insomma, vino puro ai bambini.

Ecco alcune formole:

1. Emulsione di gomma gram, 120
Cognac o rum « 20
Un cucchiaio da caffè ogni ora.

2. Acqua distillata gram, 100
Sciroppo di flori di arancio « 20
Malaga, Grenache, Porto
e simili « 10
Un cucchiaio da suppa ogni due ore

3.	Acquavite vecchia	gram.	80 20
	Sciroppo di china	•	
	Acqua distillata	•	100

4. Vino chinato Sciroppo di cortecce di	gram.	40	
rance amare		20	
Acqua distillata	,•	80	
5. Estratto di china	gram.	2	
Sciroppo semplice	•	20	
Xeres, Marsala ecc.	•	40	
Acqua distillata	•	80	

Siffatte formole naturalmente possono variare infinitamente secondo l'età del bambino, la gravessa del male, condizioni particolari ecc. L'autore opina che senza cadere nelle esagerazioni di Todd e dei suoi seguaci, si può dare dell'acquavite nella dose di 20, 80, 40, 50 gram. al giorno ai bambini di 2, 8, 4, 5 anni, purche l'uso non si protragga più di una settimana. Si prescriverà, dunque, dell' alcool solo quando esso è indicato e nella quantità di 10 gram. per ogni anno di età, senza che ne venga alcun danno, e tenendo presente che il bambino reagirà tanto più vivamente alla stimolazione alcoolica, quanto più sarà di tenera età e non abituato o alieno alle bevande fermentate (La medicine moderne, 8 marso 1897).

NOTIZLE

Firenze

- « I Farmacisti fiorentini e l'Arcispedale di S. Maria Nuova. — Un buon numero di farmacisti fiorentini per spirito di solidarietà verso i loro colleghi impiegati nel B. Arcispedale di S. Maria Nuova, hanno diretto all'autorità provinciale una petisione, con la quale si esprimono i seguenti voti:
- « 1.º Che il personale della farmacia sia composto soltanto (come fin qui si è usato) di farmaciati matricolati;
- « 2. Che siano mantenuti in servizio il Direttore, il Vice-direttore, il farmacista contabile e gli attuali farmacisti, stabilendo nettamente delle disposizioni transitorie che essi non possono essere licenziati altro ehe per gravi misure disciplinari motivate con deliberazione del Consiglio;
- « 3.º Che nel caso di locazione delle farmacie, il locatario od i locatarii debbano aver l'obbligo di far suo il personale che trovano in servizio.
- « In conclusione che pel personale delle farmacie non siano pregiudicati quei diritti che gli accordavano le disposizioni vigenti all'epoca della sua nomina nello Statuto del 1896 ».

Il Senatore Mantegazza, professore di Antropologia nel R. istituto di studii superiori si è dimesso da membro del Consiglio superiore di sanità. Tali dimissioni furono accettate.

Napoli

Luigi Lauro, figlio ed erede del dott. Biagio Lauro, she per tanto tempo esercitò l'arte salutare in questo ospedale degli incurabili, morto di recente, poco

più che trentenne, per disposizione testamentaria lasciò lire 100,000 all'ospedale anzidetto ed altre 100,000 lire ed il grandioso palazzo avito in Palma Campania, affinchè in questo comune si eriga un ospedale, di cui è vivamente sentito il bisogno.

Ravenna

ll Re ha elargito cinquemila lire per la nuova fabbrica dell'ospedale.

Manza

La signora Maria Mapelli, vedova Cernuschi, morendo lasciava a favore dell' Ospedale Umberto le una proprietà del valore di circa 800,000 lire.

ivres

ll cav. David Donato Olivetti, morto ultimamente, con suo testamento olografo lasciò la somma di 20,000 lire all' Ospedale civico della città affinche istituissa due letti d'incurabili, a favore degli inabili al lavore, qualunque sia la religione a cui appartengano.

Londra

« Feste e beneficenza ». — Il principe di Galles la proposto che in occasione delle feste del 60° anno di regno della regina Vittoria, si costituisca un fondoche metta gli ospedali al riparo del deficit (che quest'anno fu di tre milioni).

Lilla

« Esposizione internationale d'igiene ». — Nei mesi di marzo e aprile si terra una esposizione d'igiene della alimentazione ed arte industriale. Fanno parte de Comitato note personalità scientifiche come Arloing. Calmette, Gilbert, Jaccoud, Marey, Ponchet, Proust, ecc.

Per schiarimenti rivolgersi al commissario generale signor Eduardo Bauma, rue du Rocher 82, Parigi.

Rema

È aperto il concorso a trenta posti di sottotenenti medici. Vi possono concorrere i sottotenenti medici di complemento non superanti i 28 anni di età. Il termine per presentare la domanda scade il 81 marso.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

Ai signori abbonati che hanno ricevuto la sestra circolare e nen ancora hanno adempito a quanto in essa ei chiedeva, facelamo neto, che attenderene a tutto li 20 cerrente. Dope tale termine spedirene il ricevo gravato dello spese eccorrenti. Sommano. - 1. Riviste sintetiche. L'ereditarietà della tubercolosi. - 2. Lavori originali. Istituto di Farmacologia sperimentale della R. Università di Napoli, diretto dal prof. V. Chirone.-Azione degli alcool sui nervi motori e sull'eccitabilità latente dei muscoli. Nota sperimentale del dott. Carlo Gioffredi, 1º preparatore dell'Istituto, medico assistente dell'ospedale di S.º M.º della Pace. - 8. Rivista di (Binica, Clinica chirurgica dell'ospedale Necker in Parigi (dott. Routier). Sull' occlusione intestinale. - 4. Sieroterapia e batteriologia. - 5. Rassegna della stampa. Riviste speciali. - 6. Notizie.

RIVISTA SINTETICA

L'ereditarietà della tubercolosi

Ipotesi e teorie più o meno azzardose, più o meno verosimili, a cominciare dalle interpetrazioni metafis che sino alla recentissima teoria del plasma germinativo, furono invocato per c rcare di spi gare la ereditarietà, la trasmissione dai genitori alla prole di caratteri normali o pa-

tologici.

Fra tutte le teorie, è quella del Weissmann la più accetta ed in pari tempo la più verosimile, secondo la quale, congiungendosi i due germi (maschile e femninile) viene preparata, sin nei suoi più · lem-ntari componenti, l'individualità intera dell'essere in via di sviluppo; in questo processo concorrono essenzialmente il nucleo della c llula spermatica con la sua cromatina e la c llul- dell'uovo: la cromatina è quella che in sè contiene il principio ereditario. Giusta questa teoria, adunque, vengono trasmessi alla prole soltanto i caratteri originarii, primitivi, contenuti nel plasma del germe, nè sono trasmissibili quelli non preesistenti nel plasma medesimo. Informati da questo principio, dobbiamo ritenere che una malattia trasmessa dai genitori alla prole non è assolutamente ereditata, ma può essere soltanto congenita, in quanto che le alterazioni morbos, endogene o ectogene, si affermano dopo il fecondamento dell'ovulo: non preesistono nel plasma germinativo.

Per la trasmissione ereditaria di disordini del sistema nervoso, il Weissmann on ammette l'ereditar età del processo morboso, sibbene quella della predisposizione, debolezza irritabile del Grie singer, che s'afferma per varietà del g-rme o

per trasmissione patologica.

Le ricerche sull'ereditarietà delle malattie, da alcuni anni si impresero con indirizzo del tutto nuovo, quando cioè, apparvero, nel campo d lla batteriologia, le prime ricerche sulla immunizzazione. Ricordiamo le ricerche di Högyes, che fu tra i primi ad occuparsi della ereditarietà dell'immunità, quelle di Charrine Gley, di Tizzoni e Centanni, di Ehrliched Hubener, ecc., ecc. Da tutte queste ricerche, risulta che taluni componenti tossici (non organizzati) del sangue della madre, per la circolazione placontare giangono nell'organismo del feto, tras-l'Cohnheim, pel primo, vi riporto l'attensio-

mettendovi in pari tempo le loro proprietà caratteristiche. Probabilmente s'avvera uno scambio analogo tra il saugue del feto e quello della madre. Le sostanze ed i caratteri in tal modo trasmessi all'organismo del feto, si mantengono soltanto nei primi periodi della vita estrauterina. Lo stesso vale per il secreto della glandula mammaria, pel latte, che venendo succhiato, induce effetto analogo. Con gli spermatozoi (« spermia di Auerbach), tali sostanze non possono essere trasmesse, poiché l'ereditarietà non si esplica pel germe.

Ciò premesso, passiamo all'argomonto che ci siamo proposti di trattare cioè l'ereditarietà della

tubercolosi.

Due teorie prevalsero fin dall'inizio degli studii sul riguardo: quella dell' ereditarietà parasitaria e l'altra della predisposizione congenita (ereditarietà predisponente). I fautori della prima, con a capo il Baumgarten, ritengono che il germe tubercolare si trasmetta direttamente con il concepimento; l'altro gruppo, di cui Koch e il rappresentante principale, é convinto che la ereditarietà della tubercologi può intendersi solo ammettendo una speciale predisposizione nell'eu-

Oggidi è riconosciuto che mediante lo sperma possa avverarsi l'infezione della tubercolosi. Essa e dimostrata per la tubercolosi polmonare e per quella generalizzata di individui con genitali sani. Vanno qui citate le ricerche di Porter, Jani, Sirena e Pernice, Gärtner, Spano. Foa, Solles, i quali dimostrarono sperimentalmente il carattere infettivo dello sperma. Secondo Jani, ad es., molti tisici secernono sperma contenente bacilli. D'altro canto, altri, come ad es. Walther, Westermayer e recoutemente Dobrolovski, ottennero dalle osservazioni microscopiche e dalle inoculazioni, risultato negativo. Dobrolovski, in 25 casi soltanto 1 volta trovò lo sperma contenente bacilli del tubercolo ed in questo caso v'era un focolaio caseoso circoscritto nell'epididimo. Bir ch-Hir schfeld, anch'egli comunic, una simile osservazione.

Le oeservazioni sull'uomo pare vengano confermate da quelle fatte da medici veterinarii si conoscono casi indubbii di tubercolosi trasmessa dal padre (Johne, Bang e Siedamgrotzki, Leichtenstern, Landouzy, Martin, Gartner, Maffucci). Per i risultati di quoste ricerche e di queste osservazioni, dobbiamo ritenere dimostrata l'infezione germinativa da parte del genitore. E' probabile che non tutte le spermie conservino la loro vitalità e mobilità. Forse il numero e la virulenza dei bacilli influiscono sul potere fecondante dello sperma.

L'infezione germinativa proveniente dagli organi femminili o, in altri termini, l'infezione dell'ovulo prima della fecondazione, e molto difficile a stabilirsi, poiche il suo apparire coincide con quella dell'infezione intraplacentare precoca, ne la si può distinguere da questa.

Il secreto dei genitali può essere infettato per tubercolosi dei genitali maschili e femminei. ne, e poi Cornil, Hegar. Hausmann, Brouardel, trovarono bacilli di Koch nel secreto vaginale e dell'utero di donne tubercolotiche. Per altro è pur possibile che la tubercolosi genitale primaria della donna, si produca anche per altre vie, che non sia quella del contatto sessuale (Sippel).

Maggiore importanza ha l'infezione placentare,

che interessa l'ovicellula già fecondata

L'infezione intrauterina del feto, tuttavia è ben rara, come attestano le ricerche all'uopo stabilite da Koch, Grancher e Strauss, da Leyden. Ma, per contrario, risultati positivi ottennero Landous y e Martin, Charrin, Aviragnet, Schmolle Birch-Hirschfeld, Kochel e Lehmann, Calabrese, Lungewitz. Per questi risultati devesi ammettere che il rivestimento epiteliale dei villi è quello che potentemente concorre a trattenere i bacilli del tubercolo che vi giungono col sangue, e che il passaggio di essi dal circolo della madre nel feto, si avvera più facilmente per influensa di taluni momenti favorevoli, ad es. l'essere il sangue della madre più saturo di tossine del microbio (Charrin e Duclert).

Va tenuto conto di un'altra specie di infesione parasitaria ereditata: l'infesione intrauterina da un contagio che agisca direttamente, cioè soltanto quando v'è tubercolosi dell' utero (Nocard). La tubercolosi del padre, quindi, sarebbe quella per la quale vien prodotta la tu-la tubercolosi si manifesta alcun tempo dopo la

bercolosi dell'utero (dallo sperma).

K. Szegő (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. XXI, H. 5 u. 61897) tenendo conto di quanto brevemente abbiamo detto, ritiene che il virus della tubercolosi può giungere nel circolo fetale e che esso vi giunge più rapidamente e più facilmente se vi è tubercolosi diffusa, generale o dei genitali, della madre, più di rado se la tubercolosi dei genitori è latente o di carattere più mite.

Il virus medesimo trova ostacolo alla sua diffusione negli epitelii dei villi della placenta; ma, se gli epitelii medesimi sono resi meno resistenti per peculiari condizioni (tossine) o per tuberco-losi dei villi medesimi, il virus liberamente giunge nella circolazione della placenta fetale e nel feto stesso.

Il feto poi reagisce a seconda del grado dell'infesione. Se questa è molto intensa, se la virulensa dei bacilli è grande, il feto può essere distrutto; se l'infezione è più mite, si hanno soltanto alterazioni locali; si trovarono, ad esempio, focolai caseosi nei corpi delle vertebre cervicali (Baumgart en, Roloft, Sarwey), tubercoli miliari nel fegato, milsa e polmone, degenerazione caseosa e bacilli nelle glandule linfatiche peribronchiali (Lehmann), focolai caseosi intorno ai reni (Schmore «Kochel), tubercolosi del fegato e della milza (Sabouraud) e poi i casi di Rindfleisch, Charrin, Merkel, Berti, Armanni, Aviragnet, Jakobi, Landouzye Martin: in tutto 1820 casi, riflettenti neonati morti da 24 ore a 29 giorni dalla nascita.

Pare inoltre che di frequente nei tessuti non

si trovi alcuna alterazione macroscopica, verun bacillo, laddove le inoculazioni fatte con pezzi di organi riuscirono positive, fatto che dimostra

l'esiguo numero di bacilli.

Il neonato si comporta verso i bacilli del tubercolo penetrati con il sangue nei suoi tessuti, come si osserva in altre infesioni. Ma differente è il modo di reagire dell'organismo del feto, del neonato e del poppante, all'infesione medesima, e ciò giusta una legge naturale per la quale la forza vitale e la resistenza dell'organismo è maggiore nei primissimi periodi di vita. Massima è la forza vitale, grandissimo è il potere rigenerativo delle cellule embrionali: l'ovicellula, il cui sviluppo con straordinaria intensità cresce da un giorno all'altro, spiega forse vitali considerevoli, la sua funzionalità è davvero sorprendente direi quasi tumultuosa. Questa forsa primitiva delle cellule embrionali, spesso trionfa dell'agente nocivo, di frequente ne ritarda gli effetti dannosi. Fatti sperimentali positivi non difettano circa il comportarsi, dell'ovicellula animale dello embrione di fronte alla tubercolosi. Com dagli importanti esperimenti del Maffucci sulle nova di galline e sulle cavie pregne, risulta che l'embrione, per quanto vive, non permette ai bacilli di svilupparsi : li distrugge, li attenua o ne ostacola lo sviluppo. Per la lotta sostenuta col germe patologico, gli embrioni spesso vengono partoriti deboli, in uno stato marantico; spesso morte, in forma cronica, e tronca la vita. Per siffatte osservazioni del Maffucci (ripetute e confermate dal Baumgarten) giungiamo a spiegarci la così detta tubercolosi latente, nella quale i focolai tubercolari restano a lungo nello organismo senza rendersi palesi. Il lungo periodo di «latenza» della tubercologi, che è tanto più lungo quanto minore è il numero dei bacilli, può essere invocato da quelli i quali dal tardo apparire dei fenomeni morbosi specifici deducono la impossibilità dell'infezione nel concepimento.

I neonati con tabercolosi latente, non appalesano in verun modo il germe micidiale, che nel

loro organismo si nasconde.

Il neonato porta seco una grande parte del potere di resistenza e di immunità dell'adulto e lo riceve dagli umori della madre a lui trasmessi

per la placenta.

Per le ricerche di Ehrliche di Neumann specialmente, possiamo ritenere che è probabile che l'immunità relativa dei poppanti sia predotta da antitossine, acquisite sia nell'utero che per la lattazione (immunità da lattazione), e che le medesime antitossine inducano, in pari tempo, la minore recettività per le malattie infettive acute, la quale rendesi evidente in tutte le statistiche fatte a tal proposito. L'immunità passiva del neonato e del poppante diminuisce con l'avanzare degli anni e comincia a manifestarsi la disposizione alle malattie infettive acute.

Nel giudicare della tubercolosi congenita od acquisita del poppante, devesi tener pure conto della forma e della localizzazione dell'alterazione tubercolare primaria, la quale è diversa a seconda che è congenita o acquisita. Tuttavia i quadri clinici de'la forma secondaria possono combinarsi in siffatto modo con quelli della tubercolosi primaria che, invero, ne riesce ben difficile

la separazione.

La tubercolosi della prima infanzia, quando trovasi localizzata nel fegato, nella milza, nelle ossa, nelle articolazioni, nel cervello, è sempre di origine fetale (Gärtner). Devesi ritenere che si tratti invece di tubercolosi acquisita, quando le lesioni specifiche stanno nelle glandule linfatiche dei polmoni e dei bronch, benchè come risulta dalle osservazioni cliniche ed anatomiche non debbasi affatto ammettere che la tubercolosi delle glandule sia unicamente acquisita. Gli autori (Sancher, Toledo, Nocard) che ne gano la frequenza e la latenza della tubercolosi congenita, escludono del pari che la latenza possa durare per mesi ed anni, opinione questa, che non regge all'evidenza dei fatti.

Abbiamo detto in principio, che un'altra teoria dell'ere li arietà della tubercolos è quella della ereditarietà predisponente (predisposizione congenita: Scuola di Koch). Questa predisposizione consisterebb in questo che lo individuo pnò più facilment ricettare in sè il germe della malattia: esso non è in istato di poter opporre resistenza allo sviluppo del germe stesso, il quale trova per ciò nei tessuti dell'individuo predisposto, terreno favorevole all'ulteriore suo sviluppo. Il germe patogeno prolifera rapidamente, si diffonde, invade tutto l'organismo: ne risulta una forma morbosa maligna a rapido decorso.

Le stigmate della predisposizione sono note da lunga pezza. Già il Boer haa ve richiamò l'attenzione sulle scapole scostate, a mo' di ale, sul torace piatto, sull'ampiessa degli spazii intercostali. Oltre questi, altri segni di eteromorfismo vi sono, che depongono per siffatto atavismo, così: cute morbida, non elastica, capelli sottili e radi, sopracciglia arcuate, pene piccolo e testicoli atrofici, barba rada ed a chiasse, deformità delle articolazioni, ossa molto lunghe, infantilismo o femminismo (Hanot). Vi si aggiungano la capacità minore dei polmoni, l'ipertrofia del cuore, il fegato lobato, la clorosi, l'ectasia congenita dell'esofago, ecc. Ma, lo diciamo subito, tali stigmate non sono costanti, non costituiscono dati precisi.

Presentemente non vi è dimostrazione scientifi a della predisposizione congenita alla tuber colosi. Siamo, in vero, convinti che essa esiste e che presenta variabilità continua; noi rileviamo pure che essa si afferma sia per mezzo del padre (fecondamento) che della madre (per la circolazione placentare); ma, qual' è il sostrato di questa predisposizione? Per quale meccanismo essa si esplica? trattasi di bacilli o di tossine?

La predisposizione congenita alla tubercolosi esiste difatti, nè la teoria parasitaria la esclude, ma come ben si appone Szegö (loco cit.) l'errore sta nell'ammettere esclusivamente l'una o l'altra forma di ereditarietà. Espressione della ereditata predisposizione è la maiformazione interna ed esterna dell'organismo, che ripete la

sua causa da alterazione morbosa della cellula spermatica o della ovicellula, oppure dell'ovulo fecondato.

Altra forma più frequente e più conosciuta di nesta predisposizione, consiste nella vulnerabilità congenita dei tessuti, in un debilitamento di essi, in una diminuita capacità di resistenza delle mucose agli agenti atmosferici e termici : sarebbe, in altri termini, la così detta forma eretistica della scrofolosi. Pertanto verrebbe così stabilita la natura generale della predisposizione e si escluderebbe la latenza locale. Tenendo presenti gli studii sperimentali di parecchi autori (Kraus, Gamaleia, Grancher, Laborde e Maffucci) parmi acquisti maggiore probabilità lo ammettere che questo stato di predisposizione alla tubercolosi venga determinato da azione di tossine dei bacilli del tubercolo. La vulnerabilità dei tessuti si spiegherebbe a sufficienza, ammertendo la alterazione morbosa specifica delle cellule spermatiche o del feto, prodotta da qualsiasi causa.

Da quanto abbiamo detto risulta in modo evidente, che la rreditarietà della tubercolosi è parasitaria o deriva da predisposizione (forse di natura tossica). L'ereditarietà non esclude la contagiosità; per contrario, l'individuo predisposto cos ituisce il terreno più favorevole allo sviluppo di questa malattia. E' difficile di poter precisare quale delle due forme di trasmissione ereditaria prevalga; è certo che essa può avverarsi per infezione dello sperma o dell'ovulo, o per la via interplacentare. Le lesioni specifiche dei polmoni, dei visceri, delle glandule adiacenti alla bocca ed alle aperture nasali, depone piuttosto per un'origine contagiosa; la tubercolosi del cervello, delle ossa, delle articolazioni, degli organi addominali, inducono a ritenere, trattarsi di origine congenita. Il germe congenito della tu-bercolosi può rimaner e nell'organismo, più o meno

cando da quel momento l'azione sua nefasta.

Liebler

LAVORI ORIGINALI

a lungo, allo stato latente e si afferma sol quan-

do l'organismo venga ad essere debilitato, espli-

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA SPERIMENTALE DELLA R. U-MIVERSITÀ DI NAPOLI, diretto dal prof. V. O RIR O-RE. — AZIONE DEGLI ALCOOL SUI NERVI MO-TORI, E SULL' ECCITABILITÀ LATENTE DEI MUSCOLI. Nota sperimentale del dott. Carlo Giofferdi, 1º preparatore dell'istituto, medico assistente dell' ospedale di S.º M.º della Pace.

Gli alcool sono agenti farmaco-dinamici di natura eminentemente nervina. E' la sfera nervo-sa, infatti, quella che resta colpita, più di tutte le altre funzioni, dalla loro azione generale; è dessa per ciò che dà la caratteristica forma no-sografica, purtroppo tanto frequente ad essere osservata.

Dalla forma morbosa determinata dagli alcool e dalla successione dei fenomeni si può già rilevare, come sia il sistema nervoso centrale
quello che più ricente della loro azione, e si può
ritenere, che essi ne attaccano le singole parti
in un certo ordine, molto verosimilmente per
un'azione elettiva sugli elementi cellulari, più
che per disturbi circolatorii.

La vivacità della percesione e delle sensazioni, il senso di benessere generale, la facile ideazione, l'allegria speciale, e poi la confusione progressiva delle percezioni sensoriali, il deturbo dell'intelligensa, l'esagerazione dei poteri rappresentativi e della fantasia, l'abbassamento della critica, l'incoordinazione delle idee, la loquacia, la parola scandente, le allucinazioni, il sonno, ecc., sono l'esplicazione della loro influensa sulla corteccia cerebrale. Seguono a questi fenomeni o ad essi si accompagnano, secondo la dose e secondo la tolteranza individuale: la caratteristica inccordinazione dei movimenti , le vertigini , il barcollamento, che indicano essere attaccato il cervelletto. Solo in ultimo viene infinenzato il midollo spinale e lo allungato, poiché i fenomeni della risoluzione muscolare e della paralisi del centro respiratorio rappresentano i prodromi della morte:

Il meccanismo di azione degli alcool, si esplica per ciò tutto sul sistema nervoso centrale, che eccitato in principio viene in seguito, se le dosi sono alte, peralizzato.

Se da una parte tutti gli studii farmacologici menano a queste conclusioni, dall'altra parte gli studii etiologici, anatomo-patologici e clinici, hanno richiamato l'attensione su tutta una serie di maiattie del sistema nervoso centrale, che nella loro causalità riconoscono la genesi alcoolica. Tanto che questo concetto fisio-patologico, fondato su dati di grande importanza pratica, ha fatto cadere in certo modo, nella esagerazione di voler addebitare molte malattie nervose di patogenesi oscora all'alcoolismo acuto e cronico: è facile infatti convincersene svolgendo qualunque libro di patologia medica.

またないのからのはないというからなっていいのできないというからないからいなどのないないないないとなってもないいかいちに

Certamente le modifiche funs onali che gli alcool sono capaci di portare sul sistema nervoso centrale, fanno ben comprendere come il loro abuse prolungato possa esser causa di una vera lesione anatomo patologica. O che la modificasione funsionale sia P espressione della alterasione morfologica o molecolare, o che questa sia susseguente a quella, certo è che l'una è la dimostrazione e la conferma dell'altra.

Ma se si può dire ben definito questo stretto rapporto tra le lesioni anatomiche e quelle funsionali degli alocol sul sistema nervoso centrale, non ugualmente e con la stessa facilità può intendersi il fatto clinico di lesioni anatomiche di grande rilievo, che si determinano sui nervi periferici in seguito all'asione prolungata degli alcool nell' organismo, quando le ricerche farmacologiche non hanno assodato se gli alcool fossero capaci di determinare alterasioni funzionali sui nervi periferici e nei muscoli.

E difatti, oramai, dopo gli studii di Drese hfeld, Oettinger, Gombault, Rey, Formed, Chareot, Saundby, Rummo, è assoda'o dalla Ctinica e dalla patologia sperimentale,
ia etiologia alcoolica per molte nevriti, coal da
farsi un capitolo speciale delle nevriti alcooliche. Si tratta di forme infiammatorie di singoli
e parecchi nervi periferici di moto e di senso,
che assumendo talvolta forme morbose speciali,
vengono spesso confus: con altre malattie nervose.

Ora, se l'uso prolungate dell'alcool, può rinscire di tanto nocumento per la morfologia e per la costituzione anatomica del tessuto nervose periferico, deve per lo meno sorgere il dubbio, che esso possa essere capace di modificare in qualche modo la sua funzione, poiché deve necessariamente ammettersi che non possa determinarai lesione anatomica, sensa che consecutivamente sia lesa la funzione del tessuto, che anzi a voler essere deterministi questa deve essere sempre l'espressione di quella.

Come con tanta precisione ha detto il professore Chirone (i) nella prolusione al corso di materia medica in questa Università, ogni fenomeno biologico si deve all'elemento morfelogico elementare, la cellula, e vi è intimo rapporto, per quanto ancora ignoto, fra morfologia dell'elemento e la soa funzione.

Per tali considerazioni ho voluto studiare sperimentalmente se gli alcool avessero anche azione sullo stato funzionale dei nervi per ferici e della fibra muscolare striata e sono stato indutto a queste ricerohe, perchè mi è sembrato interamente trascurato il modo di comportarsi degli alcool su questi elementa anatomici.

Mi son servito pertanto del metodo grafico, perchè solo con esso potevo obbiettivamente va-

Farmacologia e tarapia odierna. Probasione al corso di materia medica «Giornale internazionale di aciense mediche», n. 1, 1897.

lutare quale influenza gli alcool sono capaci di avolgere su di sesi.

Ho studiato in primo luogo il modo di comportarsi dell' escitabilità nervosa nell'avvelenamento provocato da diversi alcool e mi son servito specialmente dell' alcool etilico ed amilico, come gli estremi del potere tossico degli alcool monoatomici.

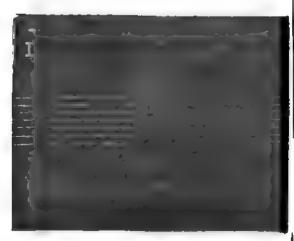
Per il tracciato neuro-muscolare mi sono avvalso del miografo diretto di Marey, di un tamburo girante con regolatore Foucault, di uno chavviot automatico, di un interruttore a ruote dentate di Marey Verdin, e di un eccitatore ad uncino di Verdin, opportunamente disposti. L'eccitamento elettrico mi veniva fornito da una pila Grenet, messa in relazione con la slitta di Du Bois-Raymond, per poterne graduare l'intensità. Ho sperimen tato sul nervo sciatico delle rane, attaccando alla leva del miografo il gastroenemio.

Ho cercato di evitare qualunque fenomeno di stanchezza, producendo un eccitamento elettrico ogni 3-5 minuti, ed ho ovviato al disseccamento del nervo scoverto, circondando gli uncini dello eccitatore di carta bibula, imbevuta in una soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

Preso il tracciato in condisioni normali, ho iniettato l'alcool amilico o etili o nel sac o linfat'co dorsale e dopo alcuni munuti ho preso i tracciati in serie, sempre producendo un eccitamento elettrico ogni 3-5 minuti.

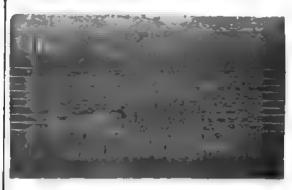
Presento qualche tracciato ottenuto.

In una rana esculenta del peso di gr. 32, con una corrente faradica 20, ho ottenuto, in condisioni normali, il tracciato I.



Ho fatto l'iniezione di cc. 0,5 di alcool amilico nel sacco linfatico dorsale, e dopo mess' era che deponeva per un' aumentata eccitabilità del

ho avuto le contrazioni muscolari segnate col racciato II.



Seguendosi a svolgere l'avvelenamento, quando già la rana si trovava in completa paralisi, dopo 2 ore dalla iniezione, usando sempre la stessa intensità di corrente, ho ottenuto le curve miografiche riportate dal tracciato III.



Se in questo momento si aumentava l'intensità dell'eccitamento elettrico, avvicinando il rocchetto indotto della slitta all'induttore (C. F=15) la carva miografica presentava un notevie elevamento, ma bentosto subiva una progressiva rifuzione.

Anche se uendo a lungo l'esperimento, non he avuto mai la comple a scomparsa dell'eccitabilità del tronco nervoso.

Da questo tracciato, confermato da moltissimi eltri ottenuti con l'alcool am'lico ed anche con l'etilico a diverse dosi, si rileva che l'eccitab·lità del nervo ad azione inoltrata dell'avvelenamento, viene gradatamente diminuendo, senza mai arrivare al completo essurimento.

Quando ho usato l'alcool stilico, specialmente se adoperavo dosi piecole (5-10 gocce) nel primo periodo dell'avvelenamento ho avuto talvolta aumento in alterna della curva miografica, ciò che deponeva per un'aumentata eccitabilità del からないない かんまいかん

nervo. Questo fatto però non ho potato riscontrare per l'alcool amilico.

Potrebbe da qualcuno sospettarsi che la riduzione della curva miografica possa interpetrarsi come fenomeno di stan hexsa o di disseccamento del nervo; ma quando si usa la precauzione di produrre un eccitamento ogni 8 5 minuti, e quando si circonda il nervo in un ambiente umido, i fenomeni di stanchezza sono molto tardivi. Ed io, in un esperimento comparativo, ho potuto seguire per circa 6 ore come si comportava la curva miografica con l' eccitasione elettrica del nervo fatta con le precauzioni notate, servendomi sempre dell' istessa intens'tà di corrente, e non ho avuto a notare quasi alcun fenomeno di stanchezza.

Si può per ciò ritenere che gli alcool hanno azione anche sui nervi periferici, e che questa azione almeno nelle rane, è prevalentemente paretica.

Ho voluto in seguito ricercare se per questa azione degli alcool sui nervi periferici, venisse a presentare qualche modificazione la velocità dello stimolo elettrico nel tronco nervoso. Come si conosce dalla fisiologia e dalla farmacologia la velocità dell' impulso nervoso è sottoposta ad alcune influense: le ritardano il freddo (v. H elmholtz) un più forte riscaldamento (Steiner e Trojtzky), il curaro, lo stato elettrotonico; il catalettrotono l'affretta. Epperò mi è sembrato importante studiarla anche sotto la azione degli alcool.

Mi son servito della rana, ed ho studiato come si comporti la velocità dell' eccitamento elettrico dello sciatico, calco ando il tempo intercorrente ira la chiusura della corrente e la contrazione muscolare.

A tale scope mi son servito degli apparecchi già sopra notati con le seguenti medificazioni: Nel circuito interponevo il segnale elettrico di Depretz, perchè mi segnasa il momento in cui passava la corrente; e elettrico a 100 vibrazioni ed un cronografo, alimentati da un' altrapila Grenet, mi servivano per la misura del tempo; intercorrente fra la chiusura del circuito e l' inisio della contrasione muscolare. Per la trascrizione di questi tracciati usavo la massi ma velocità del cilindro affumicato, perchè solo così poteva calcolare il tempo impiegato dall'eccitamento elettrico ad arrivare dal nervo al gastrocnemio.

Ho portato la massima attenzione sulla disposizione dei diversi apparecchi, di sui mi servi-

vo, perchè solo dall' esattissimo funzionamento di ciascuno potevo trarre risultati scevri di errore. Sopratutto ho badato a che le penne del miografo, del segnale e'ettrico e del cronografo scrivessero sulla linea retta tracciata parallelamente all'asse del cilindro girante: si comprende facilmente che, ciò trascurando, si avrebbero risultati completamente erronei.

Riporto qualche tracciato ottenuto con gocce 10 di alcool etilico in una rana del peso di gram. 28.

Il tracciato IV è quello normale; e si vede il tempo impiegato dallo atimolo elettrico appli-



cato sullo sciatico per arrivare a determinare la contrazione del gastrocuemio] che è rappresentato da un centesimo di secondo.

Il tracciato V è stato ottenuto dopo 10 minuti dalla infezione di meszo cc. di alcool eti-



a. L. gramma, b. segnale di Depretz, c. cronografo

lico nel sacco linfati o dorsale, ed in essa il tempo impiegato dallo stimolo elettrico a produrre la contrazione del muscolo è di messo centesimo di secondo.

Il tracciato VI è stato preso dopo un' cra dalla infezione dell'alcool e, come facilmente si rileva, lo atimolo ha impiegato due, cantesimi di secondo a produrre la contrazione del gastroonomio, Questi risultati sperimentali, confermati da altri consimili ottenuti tanto con l'alcool etilico quanto con l'amilico, dimostrano che la velocità dell'eccitamento elettrico aumentanei nervinel primo periodo dell'avvelenamento, ma in seguito diminuisce, tanto che il tempo intercorrente fra lo



eccitamento del nervo e la contrazione muscolare diventa il doppio del normale.

Infine holvoluto ricercare, se, sotto l'influenza degli alcool, presenti qualche modifica anche lo stadio dello stimolo latente, la durata, cioè, del cosidetto tempo perduto.

Si sa, infatti, che per diverse condizioni, o per l'influenza di alcuni farmachi questo può subire rilevanti modificazioni; la forza dello stimolo ed il riscaldamento lo abbreviano, la stanchezza, il raffreddamento e la ricarica lo rendono più lungo (Lauterbaob, Mendelssohn, Yeo, Cash): la verstrina, la stricnina, mostrano uno stadio latente che in principio è più breve, in seguito più lungo.

A tal uopo mi son servito degli stessi messi e della medesima disposizione usata per ricercare le modifiche della velocità dello stimolo nel nervo motore. Invece di eccitare il nervo, irritava direttamente il muscolo con corrente elettrica faradica per messo dello speciale eccitatore Verdin.

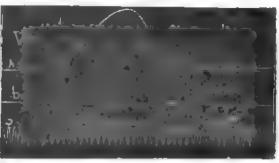
Riporto un'esperienza dimostrativa ottenuta in una rana con l'alcool etilico, e che è perfettamente simile a quelle avute con l'alcool amilico.

Il tracciato VII è normale ed il tempo perduto è segnato da una oscillazione intera del cronografo.

Il tracciato VIII è stato ottenuto depo 15 minuti dalla iniesione di co. 0,5 di alcool etilico e mostra quasi scomparso lo stadio dello stimolo latente.

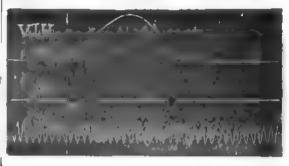
Dopo un'ora e messa dalla iniegione si trascrive il tracciato IX che mostra molto più lungo il tempo dell'eccitazione latente, poichè è misurato da due oscillazioni complete del cronografo,

Si può per ciò concludere da questa nota sperimentale, che gli alcool, oltre a svolgere la più importante loro azione sul sistema nervoso centrale, modificano pure l'eccitabilità dei nervi la irritabilità muscolare e che:



le hanno un'azione paralitica sui nervi mo tori, dopo uno stadio fuggevole e non costante di eccitazione;

2º fanno aumentare da pprima e poi dimi nuire la velccità dello etimolo nei nervi motori;



8º nel primo p riodo rendono più breve lo stadio dello stimolo latente sulla contrazione muscolare, nel secondo periodo lo rendono più lungo.



Quest'azione biologica degli alcool sui nervi periterici, fa meglio intendere le lesioni nevritiche, che si determinano consecutivamente all'alcoolismo cronico.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica chirurgica dell'ospedale Necker in Parigi (D. Rousler)

Suil' occiusione Intestinale

Donna di 58 anni, di costituzione abbastanza buona, presenta nella fossa iliaca di sinistra un ano artificiale praticato nel maggio del 1894. Essa presenta incltre una lunga cicatrice mediane, ove altra volta fu operata per sventramento.

L'inferma era entrata nel reparto del Dieula fo y nel maggio 1894 perchè da due giorni non poteva prendere cibo e vomitava quanto cercava d'ingerire; di più i vomiti erano fecoloidi.

La poveretta si trovava in condizioni che non sapeva o non poteva forgire alcun dato utile per la diagnosi; solo potè far comprendere che da 12 giorni nen aveva emesso per l'ano nè fecce, nè gas.

Lingua secca, polso piccolo a 120, addome tumidissimo, sonoro in tutta la sua estensione e di risuonanza timpanica.

Il dolore, senza essere acerbo in alcun punto, era però diffuso; non vi erano zone iperestesiche. Il riscontro rettale non fece notare altro che l'ampolla era vuota. Il riscontro vaginale permetteva di notare che il collo uterino era scomparso, come si può osservare in una donna estremamente vecchia. Al suo lato si vedeva un bacile pieno di vomiti assolutamente fecaloidi.

Fare is diagnosi di occlusione intestinale era facile, ma is causa singgiva.

L'intervento immediato s'imponeva se si voleva tentare di strappare alla morte una digraziata; ed allora io feci la laparotomia mediana per avere l'agio di tenere sottocchio tutte le regioni. Inciso il peritoneo, ne venne fuori in gran copia un liquido siero-purulento, rossastro, con strie nere; la presenza di questo liquido era sfuggita all'esame clinico a causa dell'enorme tensione delle anse intestinali. L'epiploon teso, congesto, tratteneva il paschetto intestinale per essere aderente in basso dalla parte del piccolo bacino,

Con le dita riconobbi e suppi tali aderenze; liberato l'epiploon, lo legai e lo resecai in parte. Tutto il tenne era teso, il cieco, il colon trasverso, l'S iliaca, erano anch'essi pieni di gas; dunque l'estacolo deveva stare più in basso e richiedeva un ano practernaturale.

D'altra parte l'ostacolo non si vedeva e vi erano aderense nel piccolo bacino dietro l'utero e l'S iliaca non era mobile da poter essere portata verso la linea mediana, aperta e fissata alla parete addominale.

Durante queste manovre, un'ansa tesa del tenue si ruppe, amagliandosi anche la siercea ed io applicai su questa rottura, dei punti alia Lembert.

Di fronte a tali difficoltà, feci sul fiance sinistro una incisione che permettesse di metter faori l'S illaca e per mantenerla in tale posizione, attraversai con una candeletta di gomina il suo mesentere.

C.ò fatto, fesi una accurata e rapida tollette del peritoneo e chiusi alla meglio l'incisione mediana; coperta questa con una scrapolosa medicatura antisettica, passai all'altro tempo dell'operazione: col termocauterio, april i' S iliaca; immediatamente ne venne fuori un fiotto di materiali verdastri pultacei.

I postumi operatorii, contrariamente a quanto poteva sperarsi, furono felici: l'indomani la temperatura era 87°, i polsi 114, l'ano iliaco emetteva abbondanti materiali, il ventre era detumefatto, la lingua più pulita.

Breve, l'inferma usci il 14 luglio dal Necker con un ano artificiale, ma in ottime condizioni di salute.

La donna ripress le sus occupazioni ed è stata benissimo fino agli ultimi giorni trascorsi; però il 16 gennato domandò consiglio da noi perabè essa aveva emesso pel suo ano naturale una gran copia di sangue.

Ora, dai giorno che fu operata, essa non aveva mai emesso nulla pel retto. Questa fuornecita di sangua dall' ano normale, ed anche la immobilità dell'S iliaca, unite alla sensazione di stenosi rettale ed alla sensazione di pienessa del piccole bacino, parlavano in favore dell' ipotesi di una neoplasia del retto.

Paragonate questa inferma alla donna che di uscita dal reparto e che ci era stata affiliata dal Branth il 6 scorso gennaio: anche quella aveva tutti i sintomi dell'occlusione intestinale, ma per ben altra causa.

Quindici giorni prima era stata presa da fredde e subito dopo aveva accusato violenti delori addominali accompagnati da febbre e da brividi; le funzioni intestinali el erano arrestate da parecchi giorni (8) ed esea non emetteva più per l'ano nè fecce, nè gas.

L'addome era tumidissimo, le anse intestinali si disegnavano sotto la parete; la sensibilità era aguale dappertutto.

La douna vomitava materie verdastre; il polso, debolissimo, batteva 120; temperatura 89º C. In questo caso il riscontro della vagina era più istrattivo; di fatti, dietro l' utero si sentiva una massa chiaramente fluttuante.

Narcotizzata la donna, io aprii il cul di sacco vaginale posteriore; ne venne fuori un fiotto di liquido citrino, come urina, ma il mio dito, penetrando per la ferita vaginale, mi permise di rompere una sacca situata più in alto e più di un litro e messo di pus infetto ne usch. Questo pus aveva la tanfa nauseante speciale dovuta al coli bacillo. Fu fatto un lavacro abbondante con soluzione di permanganato, indi furono applicati 2 tubi da fognamento ed uno zaffo dietro dell' utero.

Fin dall' indomani la situazione era mutata totalmente; i gas passavano per l'ano, i vomiti erano cessati, la temperatura era 37º, il polso ad 80º ed in 20 giorni l'inferma era in piedi.

Ecco due casi di occlusione, dovuti, come vedete, a due cause differentissime: una neo-plasia intestinale da un lato ed una compressione esercitata da un ascesso retro uterino dall'altro.

'Sarebbe facile moltiplicare gli esempii; io potrei citarvi molti casi analoghi a quest'ultimo: un caso di occlusione dovuto ad un fibroma uterino enorme, che dovetti operare di urgenza con l'isterectomia totale addominale ed altri molti.

Ma in parecchi casi l'oeclusione non è dovuta nè ad una compressione dell' intestino, nè ad un tumore che ne oecludesse il lume; l'infiammasione della sierosa peritoneale, la peritonite sotto tutte le sue forme, basta a provocare l'occlusione per paralisi intestinale, occlusione talora completa.

Voi l'osserverete nella peritonite tubercolare, nella peritonite post-operativa ed anche nella peritonite consecutiva ad inflammazione dell'appendice; nei casi in cui il cancro ol'ostacolo meccanico nen si affermano, io credo si debba pensare all'appendicite (Journal des praticiens, 18 febbraio 1897).

Nacciarone

SIEROTERAPIA E BATTERIOLOGIA

Alcune ricerche sperimentali sulla elere-terapia antivajuelesa. E. Zagari. — Tenuto conto dei tentativi fatti da altri, intorno alla sieroterapia del vajuolo, l'autore, nell'ospedale dei morbi infettivi del municipio di Napoli, ha eseguito una lunga serie di ricerche sperimentali, di cui riferiamo le conclusioni:

- 1. Con materiale proveniente dalla cute di vaiuolosi, si possono innestare sulla cute, conigli, cani, capre, giovenche, ecc., producendosi in questi animali delle vere pustole, comunque il materiale provenga da casi gravi o leggieri, e in quasiasi stadio (siero da macule, da papule, pus da pustole, massa secca da croste, ecc.), e sia ricavato da vajuoloso vivo o da morto. Lo stesso risultato segue se l'innesto è fatto sulla cornea.
- Il processo decorre con leggiera elevazione di temperatura e dimagramento.
- 8. Gli innesti consecutivi (sei in serie), nello stesso animale, danno in seguito pustole abortite, e alcuni degli ultimi non prendono affatto.
- 4. Con il materiale delle pustole di un coniglio, si possono in serie innestare altri (8º passaggio da uomo).
- 5. Con lo stesso procedimento adoperando pus ordinario, non si ha lo stesso effetto sulla cute, ma raccolta di pus e sulla corn a ulcerazioni.
- 6. Ciò che si contiene nelle pustole, messo in glicerina senza molte precauzioni, dopo 80.60 giorni, diviene privo di germi comuni ed è tuttavia attivo.
- 7. Il materiale contenuto nelle vescicole el pustole d'infermi, è sovente amicrobico sugli ordinarii terreni di coltura. Il pus quindi della pustola è dovuto, assai probabilmente, ad attività del virus del vaiuolo.
- Non è dato ancor presisare il tipo morfologico dell'agente infattivo.
- 9. On la linfa vaccinica e vaiuolosa si determina negli animali una lesione specifica, che, per i caratteri istologici, sembra doversi riguardare come di natura epiteliale.
- 10. Le lesioni microscopiche degli organi parenchimali (rigonfiamento torbido, degenerazione grassa e vacuolizzazione, focolai necrotici, infiltramento parvicellulare, ecc.), degli animali inoculati, sono pressochè eguali a quelle riscontrate nei vaiuolosi.
- 11. L'infezione vaiuolosa non viene modificata da siero di giovenca (vaccinata come d'ordinario con com-poss) anche adoperato a dosi colossali, nè nel generale, nè sul decorso della temperatura, nè sui fatti cutanei, ecc.
- 12. Iniezioni di questo stesso siero di vacca a conigli, danno effetti incerti; solo qualche volta pare che la pustolazione resti abortita.
- 18. Risultati migliori (ma analoghi) då il sangue di conigli di capra e di giovenca, vaiuclissati varie volte.
- 14. Il siero di vacca, valuolissata per ben due volte, amministrato in quantità straordinarie, non riesce a modificare il fatal corso del valuolo.
- 15. Inicaioni di siero di vaiuolosi guariti, son capaci d'impedire l'attechimento degli in-

nesti sia sulla cute, sia sulla cornea di conigli, di renderne appena accennate le lesioni e di arrestarne il corso.

16. Sostanze neutralizzanti, si trasmettono dalla madre al feto, e sono atte ad impedire l'attecchimento sia del vaccino, sia del vaiuolo.

Posto ciò, l'autore si chiede se sia veramente possibile una siero-terapia antivaiuolosa; ma per rispondere affermativamente, egli dice, son necessarii molti altri studii e di persone assai competenti, onde si reggiunga l'intento di poter preparare egevolmente ed in copia, antiveleni vaiuolosi e quindi rendere pratica siffatta siero-terapia (Napoli, tip. F. Gianuini e C. 1897).

F. M.

Osservazioni e ricerche relative al valere pategenetico del micrococcus tetragenus aureus. E. Boschi e G. Bellei. — E' noto per gli studii del Boutron, che esistono due varietà affici al micrococcus tetragenus septicus o del Gaffky, varietà ben distinte tra loro e da questo: il m. t. albus e il m. t. aureus. Infatti, mentre il tetrageno del Gaffky si presenta virulento per l'uomo e per gli animali, il t. albus, e l'aureus formerebbero varietà innocue per l'uomo e per gli animali. Ora gli autori hanno avuto l'opportunità di potere in due casi dimostrare il potere patogeno del micrococcus tetragenus aureus rispetto all'uomo.

Trattavasi nel primo caso di un giovane di 28 anni, affetto da setticemia attenuata (sotto forma del così detto pseudo-reumatismo articolare) secondaria a periadenite inguinale. Non vi era alcuna lesione appressabile nel territorio linfatico periferico corrispondente. Ora in questo caso, nel sangue estratto dalla vena cefalica mediana, gli autori hanno riscontrato la presensa esclusiva del m. t. aureus. Il malato è grarito.

Nel secondo caso si ottenne lo stesso micrococco allo stato di purezza, dal pus di una vescico-pustola (ribelle alle cure abituali), che un
professore di veterinaria presentava in corrispondenza dell'articolazione metacarpo-falangea dell'indice della mano destra. Il detto professore
aveva riportato tempo addietro una scalfittura in
detta regione nell'introdurre la mano nella bocca
di un cavallo affetto da angina catarrale a decorso atipico. La lesione è rimasta locale ed è
guarita in circa tre mesi.

Dopo avere descritto del m. t. aureus, la morfologia, i caratteri delle culture, il risultato degli innesti (riasciti negativi) praticati con le culture, essi insistono molto su un fatto, già osservato da Chauffard e Ramond, ed è la trasformazione (più evidente nel tetrageno del secondo caso) del colore delle culture. Queste nei varii passaggi successivi, per devano il colore giallo caratteristico, tendendo a diventare bianche.

Passando alle conclusioni, essi credono di avere dimostrato con certezza, che il su. L. aureus, descritto ordinariamente come saprofita, può diventare patogeno per l'uomo. Aggiungono poi essere loro convincimento, che le due varietà albus el aureus non presentano probabilmente tra loro grandi differenze, e che forse tutte tre le varietà albus, aureus e septicus non rappresentano che variazioni di una stessa specie, che presumibilmente modifica i suoi caratteri secondo le variabili condizioni dell'ambiente (Dal Bullet. delle Sc. Med. di Bologna, S. VII, VIII).

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

 Archivio per le scienze mediche » num. 1, 1897.

i. Ricerche selle alterazioni della retina nella infezione acuta da maiaria. Guarnieri. Spesso le gravi
inf-zioni malariche sono accompagnate da disturbi
della funzione visiva, disturbi che possono essere
temporanci e permanenti. Ora l'autore porta un
suo contributo su tale argomento, con le ricerche
fatte su bulbi oculari di 10 individui morti per
febbre perniciosa, nella massima parte comatosa.

La retina, esaminata a fresco e ad occhio nudo, non presenta alterazioni apprezzabili. Invece, con l'esame microscopico, si riesce a mettere in evidenza alterazioni che si ripetono con molta costanza.

I vasi sanguigni sono alterati: Vene turgide ed ectasiche, nonché tortuose; arterie piene; capillari fortemente iniettati, anche quando vene ed arterie non sono soverchiamente distese. Guaine linfatiche perivasali dilatate e distese (edemi), dilatazioni che si diffondono talvolta anche agli altri spazii linfatici della retina. Nella grave infezione malarica si possono determinare nella retina edemi che sogliono colpire la papilla e le regioni peri-papillari. La retina si trova disordinata nella normale topografia, solo in corrispondensa delle maggiori diramasioni venose; quello che maggiormente è disordinato è lo strato molecolare ; gli altri strati pare risentano meno gli effetti della stasi sanguigna. Nel contenuto dei vasi retinici si osservano le note alterazioni delle cellule sanguigne dovute alla vita parasitaria degli ematozoarii di Laveran. Nei vasi coroidali capillari, tra le emasie si trovano gran numero di fagositi pigmentati.

L'autore ha anch'egli notato le emorragie retiniche; il versamento emorragico non invade la serie dei bastoncelli e dei coni, ma si arresta ordinariamente alla membrana reticolara. Nei vasi sanguigni le emazie pladismofore sono costantemente disposte eccentricamente al lume vasale, proprio come avviene nei vasi normali quando si osserva la corrente laterale di leucociti. E' inutile dire che nelle emazie contenute nei vasi retinici si notano tutte le alterazioni prodotte dal plasmodio malerico. Nei capillari retinici sono scarsi i leucociti, invece questi abboudano nelle vene.

Le alterazioni istologiche dei vasi retinici sono scarse e consistono in rigonfiamento dell'epitelio e granulazione di questo; il nucleo è sporgente e nel protoplasma vi sono sottilissime granulazioni di pigmento. Rarissime sono le alterazioni degenerative o nevrotiche dell'endotelio. Il protoplasma contiene sottilissime granulazioni di pigmento.

Negli altri elementi che costituiscono le pareti vasali non si riscontrano altre lesioni, ove si eccettuino più o meno grandi accumuli di elementi privi di pigmento o di granulazioni emoglobiniche. Secondo l'autore le piccole emorragie puntiformi sarebbero effetto di diapedesi; ad esse seguirebbero alterazioni subitanee della struttura istologica che producono successive neoformazioni di tessuto cicatriziale in sostituzione degli elementi proprii, funzionali dell'organo. In seguito alla stasi ed all'edema anche gli apparecchi nervosi della retina subirebbero gravi alterazioni che non è per ora dato di precisare con i comuni metodi di colorazione.

Tutte queste lesioni sono successioni morbose delle alterasioni del sangue e quelli di ordine idraulico meccanico spiegano i disturbi passeggieri della vita nella infesione malarica che cedono cosi bene ai sali di chinina.

2. Inflacaza della temperatura sui precesse infettive inflammaterio. Penzo in una lunga serie di svariati esperimenti fatti intorno a tale argomento ha potuto dedurre:

Che il freddo ostacola e ritarda la comparsa del processo inflammatorio infettivo, ne affievolisce le manifestazioni, ma ritarda la risoluzione e la successiva riparazione, aggravandone anche il decorso col peggiorarne gli esiti.

Il caldo affretta lo sviluppo ed il decorso del processo infiammatorio infettivo, ne favorisce però la limitazione, le risoluzione ed i successivi processi di riparazione.

Tutte queste modificazioni stanno in diretto e costante rapporto con le alterazioni che per influenza del freddo o del caldo intervengono indipendentemente dall' influenza nervosa nella circolazione e quindi nella nutrizione dei tessuti nei quali si svolge il processo stesso.

3. Contribute sperimentale alla concennza dell'Istegenesi di rammellimento cerebrale ischemice. Guizzetti da una molteplice e svariata serie di rammollimenti cerebrali, provocati artificialmente ed in diversi modi, in animali del gabinetto, e dalla osservazione di questi rammollimenti in varii periodi ha potuto dedurre che: I corpi granulograssosi che si rinvengono nel campo rammollito, derivano da 8 sorgenti, cioè: o da lencociti emigrati e sopra tutto mononucleati; o da moltiplicazione e trasformazione degli elementi endoteliali che delimitano le guaine linfatiche peri-vasali; o dalla divisione cariocinetica nello stesso focolaio rammollito dei corpi granulosi, già formati, derivanti dalle due pre lette forme cellulari.

Le cellule nervose ed i cilindrassi si distruggono, ma non si mutano mai in corpi granulosi.

Le cellule di nevroglia che si trovano nel centro del campo di rammollimento si distruggono senza subire la fase granulosa; quelle che si trovano poi nella zona di confine si moltiplicano moderatamente e si ipertrofizzano. Lo stroma di sostegno del rammollimento maturo è dovuto per intiero alla moltiplicazione degli elementi delle pareti vasali ed, in date circestanze, anche ad un fine reticolo continuo di natura mesenchimale.

4. Le fine alterazioni morfologiche delle cellule nervose nel tetano sperimentale. Vincenzi in unimali nei quali provosò artificialmente il tetano, ha fermato la sua attensione sulle alterazioni che questa infesione induce sulle cellule nervose. Da tali osservazioni l'autore ha potuto conchiudere che in seguito al tetano sperimentale si determinano nelle cellule nervose della sostanza centrale, alterazioni caratterizzate da varicosità prevalentemente distribuite a focolaio. Le più spiccate alterazioni si riscontrano nell'istao del cervello e nel midolio allungato ove non è raro trovare cellule nervose con corpo e prolungamento gravemente deformati. Nella distribusione delle alterazioni sui prolungamenti protoplasmatici, v'ha una certa regola.

Cost nelle cellule piramidali del pallio, l'atrofia varicosa si trova nel lungo prolungamento che si dirige in alto; in quelle della sostanza grigia, attorno all'acquedotto del Silvio, nei prolungamenti diretti verso dentro; infine nelle cellule ielle corna anteriori del midollo spinale, l'atrofia varicosa ha sede nelle ramificazioni che si recano o nel mezzo della sostanza grigia o verso il canale centrale.

Nacciarone

NOTIZIE

Corsi di perfezionamento in igione per i faureati

Il giorno 20 aprile p. v., nell'istituto di igiene dell'Università di Roma, avrà principio un corso bimestrale per gli aspiranti alla carica di ufficiale sanitario. Questo corso sarà quotidiano, e comprenderà:

Epidemiologia e polizia sanitaria (prof. Celli); microscopia e batteriologia igienica (prof. Fermi); chimica igienica (dott. Scala); ingegneria sanitaria (prof. Spataro); statistica e legislazione sanitaria (prof. Baseri); ispezione delle carni

e soonosi (prof. Nosotti).

Per essere ammessi al corse, si dovrà farne domanda (in carta bollata da centesimi 50) al rettore di detta Università prima del 10 aprile p. v., presentando:

a) diploma di laurea in medicina e chirurgia
 o in veterinaria:

 b) ricevuta di L. 100, rilasciata dall'economo della stessa Università.

Alla fine del corso l'esame teorico pratico sarà

facoltativo.

Essendo limitato a 50 il numero dei posti di lavoro, nell'ammissione si terrà conto dell'ordine di presentazione delle domande.

Agli ammessi si consiglia di portare il microscopio adatto per le ricerche batteriologiche.

Il suddetto istituto avrà pure alcuni posti di studio per gli aspiranti al titolo di perito medico igienista, e per gli ingegneri che intendano perfezionarsi nella ingegneria sanitaria.

Pietreburge

Per venire in aiuto alle possibili vittime della peste, questa Società della Croce Rossa decise di inviare dei distaccamenti di suore della carità al Turkestan, nella regione Transcaspiana, nella Boukaria, sulla frontiera della Persia e nel Transcaucaso. Il 6 corrente, un primo distaccamento parti alla volta di Taschkeat.

Bombay

Il dott. Yers in (dell'Istituto Pasteur di Pa-

rigi) arrivò qui il 6 corrente.

Il governatore nominò una Commissione speciale di quattro membri, incaricata di applicare i provvedimenti atti ad impedire che la peste bubonica vada sempre più diffondendosi.

Un ricordo per cinque veschi medici remani

Fa inaugurata nella sede dell'Ist/tuto di Mutuo Soccorso fra medici e farmacisti della provincia di Roma, una lapide in onore dei medici Antonio Baccelli, Francesco Bucci, Francesco Valori, Benedetto Viale e Luigi Rocchi Placucci, che 50 anni fa promuovevano l'istituzione della benefica associazione.

La gita degli studenti italiani a Berline

La gita degli studenti italiani a Berlino promette di riuscire veramente bella. Da ogni parte, d' Italia giungono adesioni per l'iniziativa e si plaude all'idea.

Dal governo con lettera ministeriale in data 8 febbraio venne annunciato al Comitato Centrale (Pavia, via Ospedale, num, 4, Milano, via San Vittore al Teatro, num. 18), che era stato interessato tanto l'onorevole ministro degli Esteri quanto quello dei Lavori Pubblici onde ottenere le maggiori possibili facilitazioni a que to viaggio e dalla Germania anche l'appoggio morale : infatti il ministero della Pubblica Istrusione, con lettera al Comitato in data 24-febbraio, annunzia un ribasso del 50 % sui percorsi italiani, aggiunge poi, secondo la promesea fatta, «d'aver indirizzata una circolare ai Rettori delle Università Italiane ed ai Presidi degli istituti superiori per raccomandare loro il buon esito della gita: dice poi d'aver officiato S. E. il Ministro degli Esteri per pregarlo che voglia interessare i rappresentanti dell' Italia, perché i gitanti trovino nelle città, che visiteranno, benevole accoglimento ..

Redattore responsabile: Dett: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Frontino (Urbino). Condotta a cura piena. Stipendio lire 1200.

Scadenza 80 marzo.

Cattedre universitarie

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Melono.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quelli tra i farmacisti italiani chi raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1890. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alia segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palazzo Brera.

Sommano. — 1. Note del giorno. La parotite saturnina. — 2. Pratica chirurgica. Contributo all' operazione della fimosi. Nuovo processo mediante la pinza emostatica porta-filida fimosi, pel Capitano Medico Sortino cav. Salvatore. — 8. Casuistica clinica. Leucoderma e melasma del viso. — Psoriasi limitata alle unghie. — Asc. 200 paranefritico destro. Pleurite destra conscutiva ad essudato siero-fibrinoso. — 4. Note di tossicologia. Brevi considerazioni medicolegali su di un caso di avvelenamento alcoolico. — 5. Rimedii nuovi. — Il medico pratico. — 7. Varieta. — 8. Formulario.

NOTE DEL GIORNO

La parotite saturnina.

La parotite saturnina è un argomento di studio relativamente recente.

Le prime pubblicazioni riguardanti tale lesione, rimontano appena al 1854 (Lecorney), ma solo nel 1885 Parisot ne diede la prima descrizione completa e la denomino parotite cronica.

Croutes nel numero del 7 marso corrente, pubblica, sulla Gazette hèbdomadaire de Mèdecine et de Chirurgie, una rassegna generale di tutti i lavori pubblicati intorno alla parotite da sali di piombo.

Le ipotesi emesse per spiegare la lesione, sono disparate; v'ha chi opina che si tratti di eliminazione del piombo per la saliva, ma altri ritengono che solo secondariamente, per propagazione dal cavo orale, si determini l'infiammazione della ghiandola salivare parotidea.

Però l'opinione più attendibile, è certo la prima; la fisiologia, in fatti, ne insegna che i medicamenti si eliminano per le diverse secresioni. Se è vero che il piombo si elimina dall'organismo per l'intermediario del fegato e dei reni, non è per questo meno vero che non tutto venga emesso per queste vie; una parte del sale saturnino, sia pur piccola (quanto alcuni credono), deve eliminarsi, ansi è provato che così è, per la saliva.

Ed il fatto pare comprovato anche dalla ana tomia patologica.

Se scarsi sono i reperti anatomo-patologici ri guardanti la parotite saturnina, ciò deve attribuirsi a che gli infermi che sono soggetti ad intossicamento per piombo, generalmente muciono per malattie intercorrenti. Nè l'esperienza di gabinetto può riuscire di grande utilità, poichè è difficile provocare negli animali da laboratorio una cronica parotite da sali saturnini.

Parisot e Valence, esaminando al microscopio la parotide di un saturnino morto per pneumenia, potettero constatare una proliferazione connettivale periferica ai dotti escretori intralobulari ed espandentesi tra gli acini (che era-

no dissociati) e nei setti interlobulari, caratteri di una infiammazione interstiziale.

Thielemanse Renauthanro ancora essi potuto notare lesioni interstiziali analoghe.

Quanto alla sintomatologia, la parotite saturnina non presenta un inizio brusco; anzi, l'infermo solo per caso si accorge talvolta che la sua parotide è ingrossata. Talora, per converso, egli accusa in sito un dolore vivissimo, al momento in cui si determina in lui una colica saturnina, una paralisi, una stomatite più o meno intensa. La regione parotidea è tumida e quasi sempre la tumefazione diminuisce con gli altri sintomi; ma essa non scomparisce del tutto ed aumenta di bel nuovo con una nuova manifestazione generale ed acuta dell'intossicazione.

I segui obbiettivi di questa manifestazione saturnina, sono variabilissimi; la parotide può essere appena ingrossata e può avere il volume di una mezza arancia.

In generale la tumefazione è simmetrica, raramente è colpita solo una delle parotidi (la sinistra).

Fuori di queste crisi, che per altro sono rarissime, le ghiandole sono indolenti al palpamento. Stringendo la ghiandola tra le dita, si sente che il suo tessuto è lobulato, resistente, non aderente. Anche con la masticazione non si provoca dolore.

La salivazione può essere normale, aumentata o diminuita; quasi sempre si nota la linea gengivale specifica del saturnismo; spesso vi è risentimento anche nelle ghiandole sotto-mascellari.

La diagnosi di parotite saturnina è facile, specie quando l'anamnesi pone in evidenza un intossicamento da piombo.

Eppoi, quanto a diagnosi differensiale, la parotite epidemica è una malattia della tenera età, che ha un decorso febbrile, con dolore locale spontaneo e disturbi della masticazione. La parotite delle gravi piressie, della polmonite, dell'influenza, del tifo, ecc.. è in genere unilaterale, accompagnata da alta curva termica e da gravi fatti generali; la regione parotidea è sede di dolori lancinanti, la masticazione è penosa.

Le parotiti dei cachettici (tisici, diabetici, brightici, ecc.), sono anch'esse parotiti infettive e quindi ne presentano gli stessi caratteri. Infine tutti gli altri risentimenti parotidei scompaiono in breve ora, mentre quello da piombo si avanza sempre di più.

Chassaignac, sotto il nome di parotite purulenta canalicolare, descrisse un'affezione costituita anch'essa da una specie di tumefazione indolente; ma questa si determina bruscamente e rapidamente scompare, grasie all'eliminazione di un liquido purulento a traverso il dotto stenoniano.

۽ شن

Anche il joduro potassico può provocare una lesione analoga, ma basta sospendere l'uso del farmaco perchè la parotite svanisca. La parotite dei gottosi sarà sempre accompagnata da fatti articolari. Se si ha dubbio che si tratti di occlusione del dotto per calcolo incuneato, basta eseguirne il sondamento, sebbene basti fermarsi sulla mancata eliminazione di saliva da quel lato, sull'ingrossamento e sulla dolentia ghiandolare, per diagnosticarlo.

Un po' più difficile è la diagnosi differenziale tra l'intossicazione da piombo e quella arsenicale, da rame o da bismuto; in tali casi ci guidera l'anamnesi. Da ultimo non rimane che l'ipotesi di un tumore parotideo, ebbene anche in questo caso si ha l'unilateralità.

Avendo inizio insidioso, è chiaro che la parotite saturnina ha decorso cronico; essa si associa bene spesso a stomatiti più o meno intense.

Jacob ha visto un caso avere esito in suppurazione; Parisot e Renauded altri, parlano pure di fatti testicolari concomitanti (orchite, atrofia, dolentia testicolare, ecc.).

E bisogna notare che i fatti riguardanti il testicolo sono frequentissimi.

Forse il fatto è dovuto a che il piombo cerca di eliminarsi per tutti gli organi ghiandolari (rene, fegato, parotide, testicoli, ecc.) dei soggetti esposti ad un intessicamento da piombo.

Tutti gli individui che si trovano in contatto col piombo (tipografi, pittori, ecc.) possono andar soggetti al saturnisme ed alla parotite saturnina; però questa suole manifestarsi quando tutto l'organismo pare carico di sali di piombo. Gli uomini vi sono più esposti, ma la donna se ne sottre in certo modo perchè vi si trova in minore contatto.

Disparate sono le opinioni e vesse circa la patogenesi della lesione in parola; v'ha chi sostiene la teoria infettiva e chi propugna quella tossica.

I primi vorrebbero che la saliva, carica di sali di piombo, irriterebbe i dotti escretori e così si genererebbero la stomatite e la infezione ascendente; i secondi attribuiscono all'irritazione stessa prodotta dal piombo che si elimina, la infiammazione parotidea.

Il Diaz concilia le due ipotesi con l'ammettere che le parotiti croniche, per intossicazioni metalliche, si spiegano con una doppia fase, cioè: una tossica (permanente) ed una infettiva (intermittente e variabile).

L'affezione non è di alcuna gravezza; essa costituisce semplicemente una spiacevole deformasione del volto, essendo un fenomeno dovuto al saturnismo; la cura è riposta nell'uso del joduro, nella nettezza del cavo orale e sopratutto poi nel

togliere la causa prima della lesione, cioè il contatto dell'infermo con i preparati di piombo.

Nacciarone

PRATICA CHIRURGICA

Contributo all' eperazione della fimesi

Nuovo processo mediante la pinza emostatica portafili da fimosi, pel Capitano medico Sortino Cav. Salvatore.

Bicordare quanto sia necessario l'intervento chirurgico nei varii casi di fimosi, non reputo indispensabile; dirò solo, che scopo unico dell'operazione si è di permettere la scopertura del glande. Ad eseguire quest'eperazione, la più antica della chirurgia, furono ideati molti processi, che torna utile passare in rapida rassegna, pria di venire al mio.

Le incisioni, le escissioni, la circoncisione, sono i processi più conosciuti.

Incisioni.—La dorsale è la più comunemente in uso. Celso, Cloquet, Nussbaum ed altri, praticano l'incisione inferiore, parallelamente ad uno dei lati del frenulo. Velpe a u incide alla Cloquet dopo aver passato dei fili ai lati del frenulo, che escide eziandio. Costersi contenta di praticare due o tre piccole incisioni sull'orifizio del ristretto prepusio. Baullaud suggerisce un nuovo processo per operare la fimosi («Gazzetta degli ospedali», n. 114, anno 1895 Milano) che poi si risolve nell'incisione dorsale che evita la ferita dell'uretra.

Recissioni.—Iaxil e Roser, asportano il frenulo insieme ad una piega di prepuzio in forma di V. Guerin concilia il taglio dorsale con l'escissione dei due lembi prepuziali, mentre Lisfranc con un tratto di forbici escide un lembo semilunare.

Circoncisione.—E' il processo preferito da Ricord, il quale mediante una pinza sfenestrata stringe il prepusio, passa dei fili attraverso le finestre di essa, indi lo recide rasentando il bordo superiore della pinza. Vidal de Cassis stira il prepusio in avanti, lo stringe fra le branche di una lunga pinza a pressione continua, indi lo recide fra il glande ed il bordo inferiore della pinza. Tillaux applica obbliquamente le pinse da fimosi, recide l'esuberante prepusio e completa il processo con l'incisione dorsale della mucosa. Tatti i processi sopramensionati non sono scevri di di-

fetti e d'inconvenienti più o meno gravi; l'emorragia per la ferita delle arterie e delle vene, l'edema consecutivo, sono inconvenienti comuni a tutti i processi or ora esaminati; la deformasione del pene è il risultato finale dei varii processi ad incisione sia dorsale, sia inferiore; i lembi irregolari dell'incisione unica, possono disturbare anche il coito (Eulemburg.—Encicl. Chir). Tralascio far notare il pericolo d'incidere l'uretra, quando si crede di aver inciso il solo prepusio. (Eulemburg). Nè si creda poi che il processo di Vidal de Cassis sia scevro di pericoli. Avvenne che asportando il prepusio fu anche mutilato il glande (Tillaux, Eulemburg, Guerin).

Il processo Ricord è il più accettabile, perchè permette di passare i punti pria di escidere il propusio, ma non sono essi punti matematicamente esatti, d'altronde egli stesso lo abbandonava per servirsi dei serres fines. Da canto mio ho preferito la circoncisione migliorando il processo, che ho l'onore di riferire ai miei colleghi.

Ad eseguirla mi occorrono: 2 pinze a dissezione comuni, un paio di forbici curve sul piatto, alcuni aghi retti piccoli, provvisti di fili di seta, ed una pinza speciale di mia invenzione, pinza emostatica portafili da fimosi.

Essa è costituita da due spranghette, o branche d'acciaio leggermente arcuate sul piatto, unite a cerniera fra loro ad una delle estremità, mentre sull'altra sono segnati dei passi di vite per cui un anello di acciaio, girando, tende a stringerle ed a farne combaciare le due facce interne.

In clascuna di esse sono praticati tanti forellini equidistanti fra loro (appena 2 milli metri) disposti in modo che ogni forellino ne incontra uno sulla parete della branca opposta. Occorre notare che le due branche, a pinza chiusa, lasciano in mezzo un'apertura ellissoide e ciò affinche il prepuzio vi si possa stringere uniformemente su tutta la linea trasversale, l'anello non avendo altro ufficio che ridurre sempre più il piccolo diametro traversale dell'ellissoide.

Praticata l'antisepsi, segno un punto sul tratto di pelle rispondente alla radice del glande, la stiro come se volessi scoprirlo ed insinuo dentro l'orificio ristretto del prepusio una pinza a dissessione, e poscia una seconda al punto opposto della prima, che affido ad un aiutante, pregandolo di stirare in avanti il prepusio mentre cerca di dilatare nel senso trasversale. Allora applico in questo senso la mia pinza, m'accerco dell' apice del

glande, che rasento col bordo inferiore di essa e la fermo dopo avere bene valutato la quantità di prepusio da escidere: stringo le branche girando l'anello, finche sarò convinto d'avere stretto tanto, d'avere una perfetta emostasi e con essa l'anestesia della parte (per effetto della compressione dei nervi).

Le pinze a dissezione non occorrono più, si procede sens' altro ai punti di sutura; infilsando l'i go per il primo forellino che cuopre il prepusio, si fa uscire dal corrispondente foro della branca opposta, e dal foro viciniore di questa, si fa riuscire dal foro della prima branca, e così di seguito l'ago continuerà ad entrare ed uscire dall' una all' altra branca procedendo da sinistra verso destra, finchè si sarà giunti all'ultimo forellino che cuopre il prepuzio. Però è necessario si abbia massima cura che le anse siano lasciate abbastanza lunghe, perchè si possano comodamente annodare i fili. Si tagliano le anse al centro. Ciò fatto si procede alla recisione del prepusio con le forbici curve, rascutando il bordo superiore della pinza, che tolgo immediatamiente compiuta la recisione. Non resta che annodare i fili.

Onde facilitare quest'ultimo tempo dell'operazione si sollevino oriziontalmente con uno specillo, tutti i fili che passano sul giande, facendolo scivelare su di esso da sinistra a destra, in modo che a misura che si solleva lo specilio si allungano le anse, mentre si vanno accorciando quelle lasciate appositamente lunghe.

Si affida all'assistente lo specilio su cui stanno sospese le anse dei fili, mentre l'operatore prende un' ansa da sopra lo specillo, la taglia nel centro e annoda poscia ciascuno dei due fili col filo corrispettivo che attraversa il prepuzio; ripete consecutivamente la medesima manovra, ansa per ansa, finchè l'avrà tutti annodati.

Restano ancora due fili ai lati destro e sinistro del prepuzio, che si debbono togliere, perchè passano tra due foglietti mucosa e prepuzio. Si gettano quindi due punti da dentro in faori, onde comprendere nel punto la mucosa e la cute del prepuzio.

L'operazione è già finita avendo impiegato da dieci a quindici minuti.

Nella medicatura si comprende della vaselina al iodoformio per impedire l'adesione della medesima con i punti, che rimuovo dopo 48 ore, tre giorni al massimo, perocchè la cicatrice è sempre avvenuta per prima. L'effetto ottenuto fu dei più sorprendenti come ebbero a constatare gli amici che presenziarono alle operazioni e che rividero gli operati dopo molto tempo. Col mio processo, che ho l'onore di raccomandare ai colleghi, si ha la soddisfazione di constatare i seguenti vantaggi:

1. Niente emorragia durante l'operazione e

come pure non si avranno a lamentare molte altre tristi conseguenze ricordate dal citato E ule m b u r g parlando del processo di V i dal de Cas sis; lo stesso edema molto considerevole in tutti i processi sopra menzionati, è appena accennato nel mio processo, tuttochè la pinza abbia agito fortemente comprimendo.



consecutivamente dopo, la mia pinza ha l'ufficio di comprimere e schiacciare le arterie e le vene;

- 2. Anestesia locale completa: il pasiente medesimo assiste indifferente all'operazione; egli avverte un po' di dolore al momento di stringere la pinza.
- 8. E' assolutamente evitato qualsiasi pericolo di mutilare il glande e d'incidere l'uretra,

4. Il prepusio con grande soddisfasione del pasiente non resta deforme; la sezione essendo matematicamente circolare, cuopre sufficientemente il glande a pene flaccido, adempie bene la sua funzione e non lascia indovinare in seguito se abbia subito l'operazione della fimosi.

Siracuse, 16 febbraio 1897.

CASUISTICA CLINIOA

Hutchinson. --- Lencoderma e melasma del vise

Il pasiente è un colonnello, dell'età di 68 anni. Sulle sue guance esistono chiasse nerastre, le quali, per la loro disposizione generale, ricordano la figura delle ali d'un pipistrello, come nel lupus eritematoso. Esse si estendono in giù, sino al collo. Su ciascuna palpebra inferiore trovasi una larga chiazza.

Accanto alle aree pigmentate vi sono aree del tutto scolorate, anormalmente bianche, come se le macchie nere si estendessero alla periferia, lasciando aree scolorate nei punti primitivamente affetti. In alcuni siti, specialmente sul dorso del naso, le aree bianche presentano l'aspetto di cicatrici.

Il pasiente dice d'aver avuto, sin dall'infansia, una pelle irritabile. Una sua figlia presenta anch'essa molte macchie pigmentarie sul viso e in altre parti del corpo.

Le macchie pigmentarie senili differiscono dalle infantili, per la loro tendenza ad estendersi perifericamente. Esse precedono spesso lo sviluppo d'un cancro.

Vi sono casi, nei quali i prolabii, le gengive e la mucosa delle guance, presentano macchie pigmentarie.

In un caso di Willett, sviluppossi un sarcoma gengivale in un sito, ove prima si era manifestata una macchia melanotica. El è notevole, che tale tumore non apparteneva alla varietà dei melanosarcomi (*The Clinical Journal*, 6 febbraio 1897).

Hatchinson.—Peerlasi limitata alle unghie.

Il paziente, ha 22 anni. Le unghie delle sue mani incominciarono ad ammalare nove mesi addictro. Esse sono lucide, dure e levigate, come le unghie normali, ma parzialmente distaccate dal letto ungueale, così che sotto di esse prè introdursi, per un certo tratto, uno specillo o altro corpo sottile.

Tra l'unghia ed il letto ungueale v'ha un accumulo di epidermide secca.

La lunula e la matrice dell'unghia sono sane. Le unghie dei piedi sono anch' esse alquanto affetta.

Questo caso di psoriasi ungueale è del tutto tipico, giacchè tale affesione è appunto caratterizzata dal fatto, che l'unghia si distacca progressivamente, davanti in dietro, dal letto ungueale, con deposito di elementi epidermoidali nello spasio libero così formato, mentre la superficie convessa dell'unghia, e la matrice di essa possono essere perfettamente sane.

Il pasiente non presenta alcuna traccia di periasi in altre parti del corpo, ma suo padre soffrì di tale affesione.

Secondo l'esperienza dell'autore, la psorissi non è un'affezione spiccatamente ereditaria; ma quando esiste in una famiglia, accade per lo più ch'essa si manifesti almeno in un individuo di ogni generazione.

Nel pasiente in discorso, le unghie crescono assai lentamente, e solo a lunghi intervalli occorre tagliarle. Questo fatto è di regola, nella psoriasi ungueule: le unghie crescono tanto più lentamente, quanto più esse sono distaccate dal loro letto (The Ctinical Journal, 8 febb. 1997).

Assesso paranefritieo destre. Pleurite destra censecutiva ad essudato siero-fibrinese.

Nella Clinica medica di Genova, diretta dal prof. Maragliano, fu accolto il giorno 12 febbraio u. s. l'infermo Lastrico Giacomo, d'anni 87, facchino, da Genova. Gentilizio puro. Godette sempre buona salute fino agli ultimi di gennaio, quando fu colto da forti dolori all'addome, specie in corrispondenza della fossa iliaca destra e lumbare dello stesso lato, irradiantisi in qualche momento a tutta la gamba destra. A questi fatti si aggiunsero in seguito cefalea intensa, toese stissosa con scarso espettorato, febbre alta preceduta da brividi ripetuti, diarrea e dolori diffusi a tutto quando l'addome.

All' esame fisico si nota: Temp. 89,5, Pals. 84, Resp. 20.

All' apparecchio respiratorio si nota posteriormente a destra leggera ipofonesi estesa per tutto quanto l'âmbito polmonare destro, più accentuata alla regione infrascapolare. Respirazione aspra diffusa con qualche ronco russante alla base, Respirazione aspra con qualche ronco all'apice polmonare sinistro. Due giorni dopo la sua degenza in Olinica, esaminando il torace destro, e trovando mobile l'ottusità alla base del polmone si procede alla puntura esplorativa nell'ottavo spazio intercostale sulla linea scapolare destra . e si estrae dalla pleura un liquido sieroso discretamente corpuscolato, con tutti i caratteri di un essudato e privo affatto di microrganismi. Allo apparecchio circolatorio nulla di notevele, se si eccettui i due toni molto profondi.

Fegato normale.

Milza all' ascellare media.

All' apparecchio digerente poi si nota: lingua impatinata, non arrossata ai margini nè alla punta, arida e secca, anoressia, diarrea. L' addome si presenta lievemente meteorico, dolente alla fossa iliaca destra. Non si ha però gorgoglio alla fossa ileocecale. Non si notano rossole. Esiste però marcatissimo stato tifoso.

Nei primi undici giorni che l'ammalato decombette nella nostra Clinica, fu sempre febbrile e fortemente febbrile; presentò temperature, che, precedute da brividi ripetuti, raggiunsero anche i 40° non andando mai al disotto dei 38°,5. I fatti all'apparecchio respiratorio e circolatorio si mantennero sempre invariati. Si accentuava in modo speciale la respirazione aspra all'apice del polmone sinistro.

Il caso lo richiedeva, e furono all'uopo istituite numerose indagini diagnostiche. La siero-diagnosi per il tifo addominale praticata due volte si mostrò assolutamente negativa.
elle fecce non si rinvenne il bacillo di E b e rt h.
Lo stato generale del malato però presentava un
aspetto più che mai tifoso. Diasoreazione negativa. La temperatura nel nostro infermo si mantenne più che mai costante, e si riusci ad avere
una larga remissione con la somministrazione di
2 grammi di muriato di chinina. Venne praticato
l' esame microscopico del sangue circolante con
esito negativo. L' esame delle urine poi si presentò assolutamente negativo. Assenza di peptone
nell' urina.

Lo stato generale molto depresso dell'infermo, andava man mano accentuandosi, e l'infermo richiamava sempre l'attensione su di un dolere fisso al costato destro, che si estendeva in basso a tutta la regione lombare di destra.

La sera del 21 febbraio, finalmente, richiamati con l'attensione al dolere alla regione lombare di destra, si potè osservare che essa si presentava leggermente tumefatta, e ad una palpasione molto profonda su di essa, si poteva percepire un senso di fluttuazione.

La mattina dopo, in corrispondenza di questa regione, si osservava una tumefazione molto più evidente, emisferica, occupante questa regione. La pelle che ricopriva questa tumefazione, si manteneva normale; quivi anche una leggera pressione risvegliava acuti dolori.

Fatta una puntura esplorativa in questo punto, noi potemmo estrarre del pus denso, cremoso, che all'esame microscopico ci fece rilevare: grandissima quantità di globuli purulenti, in parte degenerati; fasci fibrinosi, cocchi isolati, stafilocolocchi, diplococchi privi di capsula, non streptocchi. Assenza assoluta di bacilli della turbercolosi.

Evidentemente si era dinansi ad una raccolta marciosa, la quale era la causa di quella febbre a carattere nettamente piosmico, che affliggeva da un tempo abbastanza lungo l'infermo; la prima indicazione terapeutica che si presentò necessarla fu l'intervento chirurgico.

La sera, infatti, del giorno 22 febbraio, il personale della Clinica chirurgica operativa procedeva all'apertura di questo cavo ascessuale. Venne praticato a tal uopo una incisione lunga circa 7 cm. nella regione lombare destra: su di questa tumefasione venne incisa la pelle, il tessuto cellulare sottocutaneo, l'aponevrosi lombare, il muscolo quadrato dei lombi in tutto il suo spessore, ed al disotto di esso si trovò la raccolta marsie-

sa. Dalla soluzione di continuo fatta, fuoriusci con estrema violenza più di 500 cc. di pus denso, leggermente fetido, con rari cenci necrotici. Introducendo l'indice nella soluzione di continuo, testè descritta, si potè constatare che, oltrepassato il bordo inferiore dell'ultima falsa costa, si penetrava in un'ampia cavità, cavità la quale dava ricetto a questa enorme quantità di pus, e che era in gran parte attraversata da numerosi sepimenti facilmente lacerabili.

Di questa cavità poi non si riusciva a palpare la volta superiore; si potè però stabilire come questo cospicuo cavo ascessuale veniva ad occupare tutto quanto lo spasio che normalmente spetta all' atmosfera cellulare che circonda il rene. Dall' esame diretto, adunque, la diagnosi che si imponeva era quella di:

Paramefrite suppurata — Ascesso paramefritico. Come si è determinata questa paramefrite?

Lasciamo per ora da parte tutte le disquisisioni che sarebbero da farsi sulla denominazione di paranefrite anzichè di perinefrite. Diremo piuttosto che tanto la perinefrite quanto la paranefrite sono processi essenzialmente secondarii e che solo in via eccezionale puossi avere una paranefrite primitiva.

Nessuna malattia dell'apparato uro-pojetico nel passato dell'infermo, se si eccettui una blenor-ragia a 18 anni, ora perfettamente guarita. L'esame poi chimico e microscopico delle urine ci esclude in modo assoluto possa trattarsi di una malattia renale.

Noi sappiamo però che la casuistica clinica ci insegna, come in linea di frequenza, subito dopo le malattie dello apparecchio uro genitale, quelle che vengono a rappresentare un dato patogenetico della paranefrite sono appunto le lesioni del tubo gastro-intestinale. Noi sappiamo d'altronde che l'ulcera rotonda dello stomaco o del duodeno, la para e la peritifiite, sono tutte malattie che possono richiamarci all'origine di una paranefrite.

Ma questo infermo ebbe una appendicite, una peri o paratiflite in seguito alla quale si possono essere manifestate flogosi peritoneali o da esse in via secondaria un processo paranefritico?

Se noi indaghiamo minutamente nell'anamnesi personale dello infermo, troviamo come ultimamente, nei giorni che precedettero la sua entrata nella Clinica, egli accusò vaghi dolori addominali non solo, ma che alla fossa iliaca destra noi abbiamo riscontrato dolori vivissimi, al punto da dover intervenire con la applicazione

diretta della vescica di ghiaccio. Nessun fatto di peri o paratiflite acuta abbiamo avuto nel nostro ammalato, è vero, ma come osservava il prof. Maragliano nell'anno decorso, a proposito dell'ammalata Bregante, caso dettagliatamente pubblicato dal dott. Roncagliolo, deve credersi che il decorso delle paratiflite non è sempre acuto . • che è un pregiudizio il crelere che quando le vie dello intestino sono pervie non si possa pensare a processi paratifitici. Il sospetto molto fondato che ci fece ammettere in primo tempo come probabile una infezione tifoide, per l'alta temperatura, lo stato generale di depressione del sistema nervoso, il tumore di milga, il dolore alla fossa ileocecale, il leggero turgore di tutto quanto l'addome, venne completamente dissipato dalla sierodiagnosi che per due volte si mostrò negativa, e dell'esame batterioscopico fatto delle fece, con esito assolutamente negativo. Le ragioni però che ci avevano richiamato a questo sospetto erano indubbiamente determinate da lesioni peri e paratiflitiche che decorrevano in modo suba-

Si parla da molti di una paranefrite da raffreddamento, da cause ignote; però, nel caso nostro, abbiamo ragioni migliori e più forti da portare in campo, nei disturbi addominali presentati in modo non dubbio nel nostro ammalato.

In base a queste considerazioni ed alla coincidenza dei dati ricavati dall'anamnesi prossima e dai fatti rilevati in primo tempo allo addome, noi possiamo, nella fatti pecie, ritenere, analogamente al caso osservato l'anno scorso nella Bregante, trattarsi qui di una paratiflite seguita da paranefrite, di guisachè nel caso nostro, con qualche riserva, può farsi la diagnosi di: Paratiflite, paranefrite suppurativa—ascesso paranefritico.

Questo caso poi si presenta molto importante per due fatti di indole assolutamente differente, l'uno dal lato della diagnosi differensiale, l'altro dal punto di vista della casuistica.

Dal lato diagnostico, noi abbiamo avuto un esemplare molto netto di una affesione morbosa, hella quale tutto ci avrebbe portato ad ammettere una infesione tifoide, se la sierodiagnosi di Widal non ci avesse posti su di un avviso contrario: novella prova di quanto interesse scientifico e pratico sia questo nuovo trovato diagnostico, che da poco tempo ha fatto, con meritata ragione, tanta strada nelle nostre indagini diagnostiche.

stra noi abbiamo riscontrato dolori vivissimi, al L'altro fatto importante dal lato della casuipunto da dover intervenire con la applicazione stica, si è la presenza della pleurite sierosa dallo

stesso lato dove esiste la raccolta paranefritica. Anche nel caso della Bregante, osservata l' anno scorso dal prof. Maragliano, si aveva la pleurite sierosa a destra, fatto questo che ci dimostra, come certamente per propagazione del processo flogistico dall'addome al torace, per l'intercessione della ricca rete linfatica diaframmatica, possa spesso aversi in seguito a questo genere di raccolte purulente, la pleurite sierosa dallo stesso lato. E la produzione di questa pleurite in seguito ad una raccolta paranefritica ha certamente, secondo noi, una ragione di affinità patogenetica con la pleurite sierosa che noi abbiamo avuto occasione di osservare in molti casi di epatite e periepatite suppurativa, che noi abbismo descritti e pubblicati prima d'ora nella nostra Clinica.

Il decorso subscuto e quasi subdolo della paratiflite, l'insorgenza lenta e graduale della paranefrite, la manifestazione rapida dell'assesse paranefritico in un punto circoscritto della regione lombare, la concomitante pleurite siercea: ecco i fatti principali che rendono il caso da noi descritto interessante e degno di essere reso di pubblica ragione (Cronaca della Clim. Med. di Genova, 18 marzo 1897).

Ierrile

NOTE DI TOSSICOLOGIA

Brevi considerazioni medico-logali su di un caso di avvolenamento alcoolico

Campo S. Martino, 8 marso 1897 (Padova)

L'uso moderato del vino, il più importante e piacevole degli alcoolici, riesce di grande utilità per l'economia, ma quando viene ingerito in proporzioni esagerate, molteplici e gravi sono i danni che ne derivano.

Se in poco tempo si siano bavate dosi troppo grandi di liquori alcoolici, si va incontro all' av-velenamento.

L' alcoolismo acuto viene diviso in due tempi, e cioè quello dell' ebbrezza alcoolica od eccitamento, l' alcoolismo confermato, o comatoso od apoplettico.

Non sono rari i casi che tuttodi si ha occasione di vedere, di alcoolismo acuto, e, quasi fatto d'abitudine, poco o nulla ci si cura d'un ubbriaco anche fradicio, sapendo in generale che all'indomani, Topo un sonno ristoratore, tutto è finito. Avendo però avuto occasione di assistera ad un caso grave di avvelenamento alcoolico, credo non inutile il tenerne parola.

F. Germano, è un ragazzetto di tre anni, il quale ha il padre ed otto fratelli in buona salute, sebbene dotati di una costituzione fisica piuttosto gracile.

La madre è morta da pochi mesi per visio cardiaco, in seguito a gravidanza e parto prematuro provocato.

Dovendo il padre in qualità di soaccino, prestarsi alle bisogna della Chiesa come il solito delle altre feste, la mattina del 25 decembre u. s. si levò per tempo lassiando a casa soli il Germano ed un fratello d'anui sette incirca. Quallo (perchè abituato già da tempo a bere vino e in dosi piuttosto considerevoli per la sua età, beveva sinanco di notte allorchè si destava) appena fu solo, chiese da bere al fratello. Non si potè precisare quale realmente sia stata la quantità di vino somministrato, tanto più che il botticello era tenuto nella stessa camera da letto.

Si deve quindi avanzare alcune ipotesi.

Che cioè in sulle prime il piccolo Germano attravereasse il periodo d'eccitamento e servisse così di trastullo al fratello e che questi purchè fosse continuato ol anche aumentato lo spettacolo, abbia fatte ingoiare nuovo veleno a quel tenero organismo, già in preda dell'avvelenamento.

A breve andare, visto che la comicità assumeva un aspetto tragico, il fratello maggiore, impaurito, accerse per aiuto dai vicini.

Creduto trattarsi di disturbi verminosi si ricorse agli antelmintici popolari, aglio, aceto, limone e petrolio, di cui pare ne sia stata somministrata una piccola quantità.

I sintomi per nulla cedendo, anzi aggravandosi si ricorse, verso le una pom., al medico.

Trovo il ragazzetto sulle ginocchia d' una sia in preda ad alcoolismo confermato. Mediante conati di vomito aveva emesso in più riprese notevoli quantità di liquido vinoso neraetro.

Colorito della cute estremamente pallido, mucose delle labbra e le occhiaie cianotiche, abolizione della coscienza generale, abbandono di tutte le membra; occhi semi-chiusi pupilla dilatata-bocca semi-aperta, polso rallentato, respirazione assai superficiale, sulla pelle sudori freddi.

Impossibile la deglutizione; da qualche ora anuria. Pareva quasi trovarsi davanti ad un cadavere.

Le condizioni gravissime del bambino davano

poco a sperare ed anche i sussidii terapeutici di assai scarso giovamento potevano essere.

Ad ogni modo non lasciai intentate le inalasioni di ammoniaca ed etere, per le quali solo,
tratto tratto pareva si destasse un fugace risveglio intellettuale. A nulla valsero gli eccitanti in
genere, né i vomitivi (per via ipodermica), nè
l'enteroclisma col quale si effettuò una copiosa scarica alvina e la minzione, nè la vescica di ghiaccio. Ed il salasso? Tale quesito ci condurrebbe
a divagare. Sui trattati si legge; « il salasso è
da evitare per la congestione cerebrale, perchè
vi ha sempre minaccia di sincope che verrebbe
facilitata dalla perdita di sangue». Abbandonata
così ogni speransa di salvesza, stavo per lasciare
l' innocente vittima.

Quasi accenno a miglioria, l'occhio viene spalancato, il volto si fa più colorito, si osserva nistagmo laterale.

L' arto inferiore sinistro viene per prime preso da movimenti clonici, di poi segue tosto l' arto superiore di sinistra. Lo stato convulsivo si diffonde alla faccia, che assume degli atteggiamenti variabilissimi, grotteschi e curiosi e passa quindi al lato opposto, generaliszandosi infine a tutto l' organismo.

Man mano le pause interparosistiche si fanno più piccole, finchè si passa agli spasmi, tonici alla vera contrasione tetanica muscolare.

La temperatura si eleva d'assai; respirazione stentata affannosa; abbondante diaforesi. Rigidità nucale, opistotono e con la paralisi respiratoria e cardiaca si ha la morte del bambino 24 ore dopo la fatale libazione.

L'autorità giudiziaria avvertita, fece un sopraluogo ed escluso il dolo, ammise trattarsi di morte naturale per accidentale alcoolismo.

Su questo caso doloroso parmi possano essere fatte alcune considerazioni.

Fu proprio il vino bevuto oltre la misura la causa della morte del Germano?

I limiti sin dove l'uso confina con l'abuso o in altri termini sino a qual segno si pessa bere impunemente non è tanto facile a stabilire.

In via generale, tanto i bambini che le donne risentono più gravi conseguenze dall'alcool, qualunque ne sia il messo di somministrazione.

が成立というながら、大きのでは、大きのできるというというというという。

Nel caso nostro visto il mal vezzo del genitore di far bere al figlio quasi sempre del vino, si può giustamente ritenere che per l'accumularsi di minime azioni venefiche l'organismo fesse in via d'incipiente danneggiamento (sistema digerente, circolatorio, nervoso) abbenchè si dimostrasse sano in apparenza e robusto. L'adipe vi abbondava ed un catarro dei faringe e delle stomaco sembrava già esistesse.

Ammessa quindi una lenta acquisita intossicasione alcoolica, poco ci volle a dare il tracollo alla bilancia ed anche una quantità di vino non troppo grande, potè benissimo essere stata la causa dell'esito finale. Si aggiunga che quel Vino fu bevuto, non certo a centellini, ma di buon'ora e a stomaco digiuno, e che vi fu unito, anche del petrolio, il quale, seppure, somministrato in buona fede, credo abbia agito in maniera aggravante.

Il vomito, l'alito, deponevano certamente per l'ingestione di vino e la sindrome presentata dal pasiente corrispondeva per appunto al quadro clinico dell'avvelenamento alcoelico.

Non essendosi creduta necessaria l'autopsia, parmi anche poesa essere non sensa significato il fatto d'aver visto nella sola regione epigastrica macchie cadaveriche, le quali starebbero a deporre che nel ventricolo ebbe luogo la massima riorganizzazione e l'inizio della putrefazione. Sulla superficie del corpo non si nota alcuna traccia di lesione traumatica, rigidità cadaverica, macchie ipostatiche normali.

Ammesso pure che per l'alcool il Germano abbia cessato di vivere, proviamo a vederne lo speciale nosografismo d'assone.

Nell'avvelenamento alcoolico si sa che l'azione dell'alcool si esplica precipuamente sui centri cerebrali, sul cervelletto, sul bulbo da prima, sul midollo spinale più tardi.

Nel caso nostro l'ubbriachezza destò sintomi d'irritazione cerebrale con la manifestazione di convulsioni epilettiformi — una vera forma d'epilessia alcoolica che ricorda quella Jaksoniana. Secondo il mio modo di vedere, parmi che il maximum d'azione qui sia etato esercitato nella zona rolandica e sue vicinanze. Che tale azione si sia accentuata con una lesione organica per fatti congestivi, meningei o per accessi di encefalite, od abbia cagionato disturbi nutritivi di alcuni punti della corteccia, non si può dire, mancando il reperto necroscopico.

Ad ogni modo per l'eccitamento del 8º superiore della circonvolusione frontale e parietale ascendente e lobulo-pararolandico di destra (E.u.m. m.o.) si ebbe lo spasmo dell'arto inferiore di sinistre; eccitato il 8º medio venne colpito il braccio e per l'eccitamento del 8º inferiore entrarono

in scena i muscoli della faccia e delle mascelle.
(Esagerandosi in certi momenti l'eccitabilità
si ebbero le convulsioni).

Per le fibre commissurali, l'eccitamento passò alla zona rolandica sinistra e per la via delle fibre del fascio piramidale si diffuse al bulbo e al midollo spinale, con la estrineccazione delle convulsioni generali e la morte per paralisi cardiaca e respiratoria. Anche in questo caso l'elevazione di temperatura segnò, per così dire, il grado di acusie del processo morboso, e dicesi sia dipendente dalla congestione di centri termogeni situati in qualche punto ignoto della corteccia.

Dopo di che, completata così l'analisi sommaria del caso in parola, ritengo sia stato giustificato il responso da me dato alla giustizia e che stavolta sia stato logico l'ammettere il « pesi hoc, ergo propter hos ».

dott. Antonio da Sacco

RIMEDIA NUOVI

La benzacetina

La benzacetina è in forma di aghi cristallini, bianchi, pochissimo solubili nell' acqua, solubili nell' alcool. E' un acido acetamidosalicilico che si combina con le basi, per formare dei sali solubili nell' acqua, fra cui la benzacetina litinica.'

Secondo le ricerche di Frank, la benzacetina ed i sucisali, sono dei potenti antinevralgici, e riescono, alla dose di 1,2 gram. nelle 24 ore a vincere l'insonnia e l'esaltazione dei neurastenici, degli isterici, ecc.

Reus, unendo la bensacetina alla caffeina ed all'acido citrico, ha ottenuto ottimi risultati nell'emicrania, e nelle cefalee in genere.

Jedeamilo in chirurgia

Non è un nuovo rimedio, ma un'applicazione di un vecchio preparato alla chirurgia, il quale, per la circostanza, è stato battezzato con un nome diverso.

Infatti il jodamilo non è se non il joduro di amido che il M a je s k i ha usato per preparare una garza antisettica. Il jodamilo è una polvere bleu oscura che si ottiene impastando 2 parti di amido e 1 di tintura di jodo e lasciando disseccare per parecchie ore e riducendola quindi in polvere. Questa polvere s' inumidisce facilmente al-

l'aria, ed è insolubile nell'acqua. Ha un leggiero odore di jodo, un sapore dolce e deve conservarsi fuori della luce e dell' umidità.

La garsa con jodamilo si ottiene bagnando della garsa idrofila e sterilizzata in una miscela di 4 parti di alcool ed 1 di jodamilo (75 gram. della miscela per 1 mq. di garsa) e lasciandola seccare all'aria.

Questa garna pertanto non può adoperarsi se non per quelle medicature che devono durare solo 5-6 giorni, perchè altrimenti cese dànno un cattivo odore.

Stematole

Lo stomatolo è un nuovo antisettico, la cui preparazione ha ricevuto la privativa in Norvegia e che risulta, secondo riferisce la Medecine modèrne (10 marzo 1897) da un miscuglio di terpinolo, di sapone, di alcool, di acqua e di glicerina, con un aroma a piacere.

Pioetamete di mercurio

Trattando una soluzione di pioctannina cen una soluzione di sublimato e cloridrato di ammoniaca, si ottiene un precipitato meno colorato della pioctannina, che contiene 55 ° Lo di mercurio e che costituisce il pioctannato di mercurio. Esso si adopera in soluzione (0,5-1 ° Lo) nalla gonorzea e come succedaneo del jodoformio anche per formarne della garza da sostituirsi a quella preparata col jodoformio.

H,

IL MEDICO PRATICO

Oura del pateressie.

La prima cosa a fare è di conoscerne la varietà. Il patereccio antraccide, cicè un vero furuncolo del dorso del dito, con la sua semiluna di epidermide sollevata, è facilmente riconoscibile, s'incide sufficientemente e tutto va bene. Ma altre volte si tratta di tre diverse varietà, non così lievi, su cui il dott. Arron scrive quanto segue nel Journal des praticiose (6 marso 1897).

Una di queste varietà è il patereccio sottocutaneo. Esso si accompagna ad alteramento dello stato generale, febbre, mal di capo e sopratutto insonnia, la quale costituisce in questi casi un buon elemento per far ammettere che vi è raccolta purulenta. Il dito si pre-

senta gonfio, ed i gangli, sì soventi risparmiati nelle suppurazioni profonde, in queste suppurazioni relativamente superficiali si mostrano invece infiammati, e più spesso sono i gangli ascellari che più facilmente vengono colpiti. La cura migliore à anche qui l'incisione del patereccio, senonché bisogna avvertire che talora avviene che non s'incide abbastanza profondamente, perchè il pus si è fatto strada sotto l'epidermide e vien presto raggiunto dal bisturi, mentre quello che è in sotto del derma rimane ancora. Bisogna quindi operare cost: si abrade con un colpo di forbici l'epidermide sollevatasi e quindi col bisturi si andrà a ricercare la collezione più profonda, la cui esistenza sarà già stata ril.vata dalla presenza di qualche foro nella spessezza del derma. Il processo operativo è forse meno brillante dell'incisione di un sol colpo, sino alla raccolta purulenta, ma è più sicuro ed in caso di errore di diagnosi, permette di aprire solo la flittena ch'era tutta la causa del male.

L'altra varietà è il patereccio profondo che è anche molto comune. Esso risiede a preferenza sulla terza falange, ma anche quando non comincia di qua, vi perviene, se per poco si è lasciato senza incidere una collezione primitivamente sottocutanea. Il dito di questa forma di patereccio è enormemente gonfio, e vi è febbre, mal di capo, insonnia. Quando le articolazioni sono colpite e scricchiolano, quando vi & un'apertura spontanea che permette di giungere sino all'osso denudato, la diagnosi è facile, ma talora s'incontra difficoltà a distinguere subito un patereccio profondo da un patereccio sottocutaneo grave. Anche qui bisogna incidere, ma quale sarà la cura se anche la falangetta sia colpita? Poiche si tratta di un dito, per cui la chirurgia conservativa s'impone, è bene incidere, medicare e in secondo tempo se l'osso cadrà in necrosi . asportarlo, il che si farà mediante una pinzetta qualsiasi e la cicatrissasione ridurra al minimo volume il moncone di dito privo della falangetta.

Ed ora della tersa varietà, del patereccio delle guaine, ch'è il più raro ed anche il più grave quando colpisce le dita esterne (pollice o mignolo), le cui guaine comunicano con le grandi guaine del carpo, e quindi minaccia di lesioni serie ed estese. Nel patereccio delle guaine sono minacciate le ossa, le articolazioni, i tendini e le sinoviali tendinee e si può quindi avere la perdita totale del dito. Siffatta varietà si riconosce dalla flessione delle falangi, l'una sull' altra, flessione che non si riuscirà con ogni sforzo a vincere, senza dire che questa manovra non è nemmeno da tentarsi, poichè il pasiente vi si opporrebbe per il dolore atroce, insopportabile che ne risulterebbe. In questi casi bisogna operare presto, anche se non vi sia ancora fluttuazione, la quale del resto non può divenire percet-

tibile se non tardi, quando il pus ha perforato la guaina e si è infiltrata intorno ad essa ed ha arrecato non pochi guasti. Bisogna dunque aprire immediatamente qualsiasi infiammasione digitale che si presenti con uno stato generale febbrile e flessione del dito ad uncino, giacchè è il solo mezzo che si ha per salvare la funzione della parte.

Vi sono intanto dei particolari da seguire in questa incisione. Dapprima, salvo indicasione peculiare, l'incisione deve essere mediana per evitare le arteriole digitali che si trovano in posizione antero laterale. Fatto il taglio bisogna recidere con le forbici la pelle morta che cinge la vostra ferita, poichè cesa costituisce un nido di microbii e di pus, e qualche volta appunto per tralasciare questo recentamento si vede che i dolori e la linfangioite continuano, onde se non basta una prima recentazione della pelle, si ripete nelle medicature successive. Dopo ciò occorre il bagno locale ch'è il messo migliore per distruggere i germi del patereccio aperto, per calmare i dolori, per nettare in una parola questa ferita infetta. Però punto antisettici forti nel bagno, punto acido fenico. Si è parlato perfino di gangrena consecutiva all'uso del'acido fenico. Si farà quindi uso di una solusione allungatissima di sublimato all'1 per 10000 che (usando acqua sterilissata) per questo bagno sarà sufficiente.

Biguardo all'anest-sia, è semplicemente crudele far soffrire il proprio simile, quando si può farne a meno con un pò di pasienza. Si fa per ciò una legatura alla radice del dito, in modo che esso per lo strossamento del circolo è già a metà reso anestetico e poi con la cocaina all'1°[o (se sarà bene adoperata), col cloruro di etile o meglio con una polverissazione di etere, mediante l'apparecchio di B i c h a r d s o n, si potrà ottenere quel grado di anestesia che si desidera, e quindi (con le regole antisettiche) incisione, recentamento, bagno.

Infine l'operazione, sebbene piccola, è bene sia fatta mettendo l'ammalato a letto; si eviterá così ogni pericolo di sincope e tutto procederà meglio.

M.

VARIETA

L'esame delle ueva

Drechele, veterinario capo di Monaco di Baviera, ha studiato con diligenza questi argomenti: 1. Generalità e comparsa di corpi estrani nelle uova; 2. Anatomia dell'uovo; 8. Grandezza, peso e perdita di peso con l'invecchiare

delle uova: 4. Conservabilità delle uova; 5. Alterazione: 6. Apprezzamento delle uova.

I risultati delle estese ricerche si possono così

- 1. Le nova sono da ritenersi fresche:
- a) Se sono completamente chiare e trasparenti, senza macchie oscure visibili e se non hanno subito alcuna preparazione:
- b) So la camera d'aria occupa un piccolo spasio (non superiore a quello di una moneta tedesca di 10 pfennig), non molto visibile;
- c) aperto l'uovo, l'albume dev'essere limpido e incoloro, non torbido, nè con nubecole; la membrana del tuorlo non dev'essere rotta, il tuorlo dev'essere giallo chiaro, la superficie interna del guscio dev'essere bianca; tutto il contenuto deve essere di aspetto normale e senza odore ripugnante:
- d) Il peso specifico non dev'essere inferiore a 1.040. Per determinarlo in modo spiccio, si adopera una soluzione di sal comune, nella cui preparazione è di aiuto la seguente tabella:

La soluzione salina al

12 º(o	ha	un	peso	specifi 20	đi	1.079
10			•			1.065
6			•			1.040
5			•			1.088
8			•			1.020

Uova col peso specifico di 1.040 hanno da 5 a 6 settimane; debbonsi solo perre in conserva le uova che vanno al fondo in soluzioni dal 6 all'8°[o] Le uova del tutto fresche stanno nelle soluzioni coricate lateralmente, mentre quelle vecchie, stando nelle soluzioni con l'apice, emergono sempre più alla superficie.

- 2. Non sono più da ritenersi fresche le uova che pur manifestandosi in buone condizioni esteriori per tutti gli altri caratteri, hanno una denaità minore.
 - 3. Dabbonsi dichiarar guasta la nova se :
- a) Esaminate a luce trasmessa, presentano macchie soure, o appaiono intieramente soure (intorbidamento, decomposizione putrida):
- b) La camera d' aria è molto visibile e di grande capacità;
- c) L'albume aderisce come gelatina al guscio, è fortemente torbido, colorato in giallo, o mescolato con la massa del tuorlo;
- d) La membrana del tuorio è lacerata, e il tuorio stesso presenta uno dei caratteri indicati in ci
- e) Il peso specifico e inferiore a 1.020, quindi se le uova galleggiano in soluzione al 8°[a;

- f) Rompendo le uova manifestasi un odor putrido, penetrante. Simili uova debbonei dichiarare nocive.
- 4. La conservazione delle nova in letto secco, previene la formazione di muffe nell'interno; la conservazione nelle sostanze umide favorisce in modo straordinario detta produzione di muffe.
- 5. Coprendo le uova con una patina che ostroisca i pori del guscio, ad es. ceralacca da sigillo, s'impediscé la penetrazione dei microrganismi e si favorisce in alto grado la conservabilità delle nova.
- 6. La densità delle uova componesi di quelle del guscio, dell'albume, del tuorio e della camera d'aria; con l'evaporazione dell'acqua delle uova la camera d'aria s'ingrandisce, per ciò il peso totale dell'uovo scema. In base a numerose osservazioni, puossi ammettere che uova non preparate, ma buone e conservate in letto secso, abbiano:

con la densità di 1.06 circa 14 giorni di età

- 7. Il peso assoluto delle unva fresche è direttamente proporzionale alla loro grandezza; è però più o meno modificato dalla forma più o meno tondeggiante od acuminata dell'uovo e dal vario spessore del guscio; sicohè non è possib.le, dalla misura delle dimensioni longitudinale e trasversale, dedurre una base di appressamento dell'età. Voiendo conoscere quale fosse in istato freace, il peso di un novo vecchio, bisognerà misurare o pesare la quantità d'a qua distillata spostata dall'uovo, e moltiplicare per 1.80 il peso di quest'acqua. Il risultato così ottenuto, paragonato col peso delle stesse uova in istato fresco diede in sessanta casi, come differenza massi $ma \times 0.315$ gm. a = -0.858 gm.; e propriamenta 19 volte di più e 41 vote di meno del peso determinato direttamente. Il metodo è, quindi, abbastanza attendibile, (Riv. d'igiene è sanità pubblica, n. 1. 1897).

L'aria delle nuove fogne di Napeli

Nella state scorsa si menò molto scalpore nella stampa politica, sulle condizioni sanitarie della nostra città, attribuendo una influenza dannuea al funzionamento delle nuove fogne.

Furono in quel tempo istituite dal dott. Zagari nel laboratorio dell'ufficio d'igiene del munucipio, delle ricerche per studiare l'argomento, ed ecco le conclusioni a cui egli è pervenuto:

L Che il materiale il quale perviene - ancora dai vecchi condotti terziarii - nei canali secondarii e primarii della nuova fognatura, ha corso regolare e continuo. Però la velocità, che ora serba nel collettore alto, è molto debole; soltanto di 0,60-0,70 al 1".

II. Che stante ciò, e stante la temperatura elevata notatasi in un lungo tratto del grande Emissario di Cama, il processo della fermentazione closcale è agevolato, ed ha tempo di compiersi molto tempo prima che il materiale giunga al mare. Si verificano quindi condisioni propisie, perché l'aria si carichi di prodotti gassosi da quello generati.

III. Che l'aria di tutto il sistema contiene gas deleterei (idrogeno solforato, ammoniaca, acido carbonico, ecc.) in tale concentrazione, da renderla capace di attossicare qualora però fosse respirata tale come è. Ma, se viene a mescolarsi all'aria atmosferica, la diluzione che subisce e l'attenuazione di quei gas in rapporto all'aria ambiente son tali, da privarla di qualunque potere tossico.

IV. Che risulta esclusa, dalle osservazioni batterioscopiche (cosi come oggi è dato praticarle), la possibilità che l'aria delle fogne sia capace di apportare infesioni. I germi di alcune di queste, se pure stanno nel materiale scorrente nei condotti, non possono però diffondersi ne nel terreno (letto della cunetta impermeabile), ne all'aria. Questa anzi ha un contenuto batterico inferiore all'aria delle nostre abitazioni, ma non inferiore a quello dell'aria libera dell'abitato.

V. Che, in tutto il sistema di fognatura, si è notato essere la direzione della corrente prevalentemente dal mare verso la città. Essa è debolissima nei tratti lontani da bocche di accesso; ms, vicino a queste, è molto forte: E la forza asp rante di alcune è tale, da fare invertire la direzione al corso d'aria.

Ora che tutto il sistema è chiuso, vi ha una notevole pressione positiva e l'aria tende ad uscire per le feritoie delle strade (come si è da noi osservato in alcune della sezione Montecalvario e in latrine di abitazioni).

I dati riscontrati suggeriscono:

a) che venga aumentata la velocità del materiale, introducendo nelle fogne grandi quantità di acqua: la colonna fluida, da monte a valle,

potrà forse allora influire a controbilanciare e vincere la tendenza dell'aria delle fogne a dirigersi verso la città;

b) che siano disposte bocche di aerazione in tali posti e rispondeuti a tali esigenze tecniche, da potersi ottenere che le medesime, nel contempo che portano allo esterno i gas nocivi diluendeli nell'atmosfera, regolino, secondo un determinato orientamento, la direzione dei gas nei diversi tratti delle fogne. (Napoli Tipografia, Pesole, 1897).

FORMULARIO

Contre la emigrania e le cefales in genere

R eu s consiglia di produrre una a due cartine della seguente miscela .

> Benzacchina Caffeina

gram. 10,50 centigram.

Acido citrico

70

£ c. 10.

Redattore responsable: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Frontino (Urbino), Condotta a cura piena. Stipendio lire 1900.

Scadenza 80 marzo.

Cattedre unineralturis

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

- È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Melano. -- Per i farmacisti. -- Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concorso per il premio di fondazione Zanetti: «Premio di L. 1000 (mille) a quello tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concorso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in Milano, palamo Brera.

Scemano. - 1. Biviste generali. L'aspergillosi. - 2. Lavori originali. Ospe sale Incurabili di Napoli. (Clinica medica del prot. A. Biondi). Contributo allo studio della corea cronica progressiva, pel dott. Giu seppe Villani. - 8. Società scientifiche. - 4. Ras argna della stampa. Riviste speciali.

ماة (144 146) أسنة الندا الإدار (مدر المدا الدين الدو الدوا (مدر الدوا الدوا أمدر الدوا أمدر الدوا الدوا الدوا ماة (144 146) أسنة الندا الندا الإدار المدا الدوا الدوا

RIVISTE GENERALI

L'Aspergillosi

Abbastanza diffuso in natura trovasi un fungo, l'aspengillus fumigatus o aspergillo, sopratutto ni foraggi degli animali.

Rivolta nel 1657, per il primo, ha osservato nei mammiferi questo fungo come produttore di malattic.

Trattavasi di un cavallo, che presentava nel faringe un tumore suppurato, nel quale lo sperimentatore italiano scopriva i filamenti miceliei dell'aspergillo.

Le osservazioni posteriori hanno stabilito che la malattia prodotta dall'aspergillo epperciò denominata aspergillosi, può attaccare anche gli uc celli, ma predilige la vacca ed il cavallo.

La questi animali, secondo il grado di virulenza del fungo ed il grado di resistenza dell'or ganismo attaccato, la malattia può svilupparsi lentamente o rapidamente.

Nella forma acuta, il tessuto polmonare è epatizzato e suppurato: gli altri visceri presentano le solite alterazioni di qualsiasi infezione generale acuta. Vi ha una forma subacuta, emorragipara, nella quale tutti gli organi sono sede di emorragie puntiformi, o di focolai emorragici più estesi, ed allora in essi si rinvengono soltanto spore dell'aspergillo e nessun tubo micelico. Per la forma acuta o subacuta, clinicamente presenta i sintomi di una setticemia emorragica o di una polmonite con nefrite. Soltanto l'esame microscopico o anche culturale delle lesioni osservate alla necroscopia, può assicurare la diagnosi, scovrendo le spore o il micelio dell'aspergillo.

L'aspergillosi cronica riveste forme cliniche variabili, ora di una bronchite o pneumonite catarrale, ora di una tisi analoga a quella tubercolare.

Per lo esame microscopico, il mezzo più semsemplice è la osservazione in gocce sospese alla superficie inferiore della lastrina copri-oggetti, poggiata su una lastrina porta-oggetti cava, dopo avere fissato il preparato con acido acetico, oppure colorato il preparato con la safranina o la eceina acquesa, o la tionina femicata. I forti obbiettivi secchi sono sufficienti per l'esame.

Come messi di cultura, non servono quelli comunemente adoperati in batteriologia, attesa la loro reazione alcalina. I mezzi acidi o zuccherati, e specialmente il liquido di Raulin, sono i più adatti. Su questo liquido, il fungo, prima di assumere il colore bruno-nerastro, proprio della sua specie, forma da principio uno strato vellutato bianco, che diventa poscia verde-bluastro, verde carico e finalmente brunastro.

come glicerina, glucosio, mosto di birra, di uva, patate, pane umido, latte. Il liquido di cultura di Sabouraud al maltosio peptonizzato, gli è molto favorevole. L'urina dà cattivi risultati quando è alcalina. Lo sviluppo delle spore ha luogo tra 37º e 38º; è possibile a 40º, è stentato a 50°, assente tra 55° e 60°. La temperatura di 100º distrugge le spore; al di sotto di 20°, la sporulazione non ha più luogo: al di sotto di 15º qualsiasi cultura è impossibile.

Quanto alla importanza dell' aspergillo nella patologia umana, bisogna tener conto esclusivamente delle osservazioni posteriori alla scoperta del bacillo della tubercolosi. Da quell' epoca in poi si può essere sicuri che le lesioni, se suffragate da indagini batteriologiche rigorose, non possono essere equivocate con quelle dovute alla tabercologi.

Uosi, Popoff, nel 1867, rinvenne l'aspergillo in un malato di bronchi, il quale non presenta-

va bacilli della tubercolosi nello espettorato. La questione dell'aspergillosi umana primaria, nen data che dal 1890, dopo le osservazioni del Wheaton, Dieulafoy, Chantemesse Widal.

Questi ultimi, studiando la pneumomicosi degii allevatori di piccioni, stabilirono la specificità della malattia e la separarono dalla tubercolisi polmonare. Potain nel 1891, Rubert Boice nel 1892, pubblicarono osservazioni confermative. Indila tesi di Rènon nel 1898, i casi di Kohn nel 1898, di Thoma, di Ernst, di Gaucher e Sergent nel 1894, di Podack, Kerla, di Renon e Sergent nel 1895, apportarono nuovi dati allo studio dell'argomento. Finalmente la relazione pubblicata da Rènon, di due casi di aspergillosi primitiva in due stallieri di cavalli senza tubercolosi, fissò in modo più positivo il valore patogenetico dell'aspergillo nell'uomo.

La ricerca dell'aspergillo nell'uomo in vita, si fa con l'esame dello espettorato, secondo la tecnica indicata più sopra.

Volendo esaminarlo con la goccia pendente, una particella di espettorato, addisionata di una goccia di liquido di Raulin, viene deposta su una lastrina, che si sospende rovesciata su un porta oggetti cavo, fiesandola all'intorno con un po' di vasellina.

Il preparato si pone nel termostato a 37º e si esamina per osservarvi lo aviluppo delle spore, qualora ciò si verifichi.

Lo espettorato può anche innestarsi in un mezso acido, a preferensa nel liquido di Raulin, sterilizzato a 115°.

Quando nella cultura si è ottenuta una completa sporulazione, con un filo di platino spatulato si riprendono le spore di queste culture e si mescolano col brodo.

Questo miscuglio s'inietta con una siringa ste rilizzata, sia nella vena ascellare di un piccione, sia nella vena auricolare di un coniglio. L'aspergillo così coltivato e iniettato, uccide il piccione in 8 a 4 giorni, il coniglio in 5 a 8 giorni, e si rinviene il fungo nei loro organi, sia con l'esame L'aspergillo si sviluppa sui messi più svariati, airesto, sia con il saggio delle culture.

Sioché l'aspergillo non è un ospite banale degli espettorati. Secondo Rènon, non si osserva neppure una volta su 100 tubercolotici e analoghi risultati hanno dato le ricerche di Ga ucher e Sergent sugli espettorati in malattie differenti.

E' necessario associare sempre la ricerca del bacillo tubercolare e, se questa riesce negativa, può farsi diagnosi di aspergillosi semplice.

L'aspergillosi polmonare è stata osservata sinora, come malattia professionale, sopratutto ne gli allevatori di piccioni e negli stallieri di cavalli. Ai semi di grano, che i primi mettono in bocca, ed alla segala, di cui si servono gli altri, possono essere incorporate le spore dell'aspergillo e così penetrare nelle vie aeree.

Anche nell'uomo, come negli animali, i sintomi dell'aspergillosi possono simulare la tubercolosi.

La localizzazione bronco-polmonare s'inizia frequentemente con una broncorragia, che si ripete in seguito, ad intervalli più o meno lontani. Tosse ai primordii secca e stizzosa, poi accompagnata da espettorazione, spumosa da principlo, purulenta in prosieguo. Lo espettorato è spesso non si hanno che i sintomi di bronchite, poscia questi danno posto ai segni classici di infiltrazione polmonare, spesso localizzata ad uno degli apici.

In questa fase, la temperatura si eleva, ma sorpassa raramente 38º,5. Talvolta sudori not turni. Le lesioni polmonari possono associarsi con complicazioni pleuriche, tanto pleurite secca quanto pleurite essudativa. Più tardi, la debolezza aumenta, le broncorragie si funno più frequenti, la cachessia mina lentamente il malato, l'edema perimalleolare compare e, a non lungo andare, lo esito letale può verificarsi.

In alcuni casi, l'elemento bronchitico predomina. I sintomi generali si accompagnano con fe nomeni asmatici. Si notano veri accessi di soffo cazione, seguiti da abbondante espettorazione molto acquesa e spumosa. Quando la tubercolosi complica l'aspergillosi, se ne possono osservare i sintomi speciali negli organi extratoracici.

L'aspergillosi semplice, è suscettibile di guarigione spontanea; non segue un cammino progres sivo, potendo presentare periodi di remissione in cui il miglioramento è molto spiccato. Comunque sia, la sua durata, di solito, è lunga e può prolungarsi per parecchi anni.

La diagnosi non può essere accertata in vita che con l'esame dello espettorato. Giova ricordarsi che, clinicamente, l'aspergillosi può simulare la tubercolosi lenta, la bronchite cronica semplice, la bronchiettasia, l'asma, la ciste idatidea del polmone. L'actinomicosi polmonare si distingue dall'aspergillosi per lo espettorato purulento, nel quale si rinvengono i grani speciali caratteristici dell' Actinomyces.

La prognosi dell'aspergillosi primitiva e semplice, è in generale benigna, finchè essa non divenga associata con la tubercolosi.

La cura, che sinora sembra la più adatta, è rappresentata dai joduri e dall'amenice: jodure

di potassio e liquido arsenicale di Fowler, Anzi Lucet ha attuato alcune esperienze, che confermerebbero l'azione benefica di questi far-

Egli è riuscito ad arrestare lo sviluppo delle culture di aspergillo fumigato su mosto di birra, aggiungendovi ora 8 a 5 gr. di joduro di potassio su 100, ora 1 cc. di tintura di jodo, ora 20 cc. di liquido arsenicale di Fowler. Parimenti, sottoponendo gli animali all'azione di queste sostanze, prima della inoculazione della aspergillo, ha notato ritardi considerevoli nella evoluzione della malattia sperimentale.

A proposito delle malattie pressistenti, che possono essere complicate successivamente dalla aspergillosi polmonare, giova ricordare che nelle caverne, invase dall'aspergillus scompare per questa invasione l'odore di putrefazione, ed anche il fetore dell'espettorazione, scompare. Lo stesso fatto ha notato Lucet nelle uova morte durante la fecondazione, le quali, quando sono infettate dall'aspergillo, non hanno più l'odore di uova putrefatte.

Oltre alle manifestazioni bronco-polmonari delstriato di sangue. Sulle prime, all'ascaltazione l'aspergillosi nell'uomo, sinora si conoscono anche tre casi di aspergillosi renale, due di Ross (1891) ed uno di Ernst (1894). L'aspergillosi renale sembra secondaria. In uno dei casi di Ross, essa era consecutiva a lesioni del rene per calcolosi; nel caso di E r n s t, trattavasi di una diabetica con aspergillosi polmonare.

Anche l'aspergillosi cutanea non sopravviene d'ordinario che sulle piaghe suppurate o nelle fistole causate da suppurazioni profonde. O ls e n ha citato un caso, in cui l'aspergillosi cutanca segui a medicatura fatta con ovatta di torba.

L'aspergillosi può osservarsi nella cornea, in seguito a traumi. Le osservazioni pubblicate sinora sono relative a ferite dell'occhio, prodotte da piante, da semi di frutta, da polveri, suscettibili di contenere il parasita.

I casi di aspergillosi naso-faringea sono rari; non così quelli dell'orecchio. L'aspergillosi si sviluppa in generale su una otite precsistente.

Si osserva sopratutto nei giardinieri, negli individui abituati a coricarsi sul fieno o che per medicarsi una otite hanno ricorso a materiale imbrattato di sostanze capaci di contenere il fungo.

L'oto-aspergillosi produce, al principio, una leggiera sordità, ronzii nell'orecchio, prurito; poscia si ha uno scolo spesso acquoso ed una infiammazione dell'orecchio esterno. La membrana del timpano si ricovre di uno strato micelico bianco, farinoso, che invade il condotto auditivo esterno e qui continua a sporificare. Questa malattia è curabile, ma tenace, recidivant». Il fungo si riproduce tanto più facilmente per quanto più persiste la lesione antica, su cui l'aspergillosi si è impiantata. Le iniezioni e lavacri antisettici (acido salicilico, acido borico, alcool, ecc.), sono insufficienti a decimare il parasita. Invece bisogna proscrivere come topici le sostanze grasse, che ne agevolane lo sviluppo.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE INCURABILI DI NAFOLI, (Cinica medica del prof. A. BIONDI) — CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA CORRA CRONICA PROGRESSIVA, pel dott. GIUSEPPE VILLANI.

Descriverò un caso di corea cronica progressiva che mi fu dato osservare nel reparto destinato al prof. Bion di (il quale gentilmente mi diede il permesso di studiarlo), e mi ferme rò poi più particolarmente sui disturbi psichici che esso presentava. Forse la maniera come io condurrò l'indagine per interpetrare lo stato cerebrale dell'infermo contribuirà anch' essa a gettare un pò di luce su questo e su altri argomenti affini della neuropatologia; ma a me basterà che il lettore non creda del tutto inopportuno il mio modesto tentativo, e riconosca solo i miei deboli aforsi.

Era un nomo di 57 anni, ammogliato, e con figli. Egli aveva fatto il mestiere d'affittare stanze a studenti, a ne aveya così tratto di che vivere, sebbene assai miseramente: gravi pensieri, cure penose gli erano venute principalmente dalla sua numerosa famiglia, che solo tra le più grandi difficoltà era riuscito a menare innanzi alla meglio, provvedendola assai scarsamente del necessario. Ma benchè tutto ciò gli avesse prodotto una depressione d'animo considerevole, e lo avesse spesse volte rattristato fortemente, egli aveva goduto d'una salute discreta, në avea sofferto niente d'importante. Non soggetto all' ira, ne mutabile di sentimenti, egli era stato sempre calmo e tranquillo, tollerante, sebbene in fondo all'animo addoloratissimo per le strettesse cui vedeva condannati sè ed i suoi. Nè questi ultimi avevano mai sofferto da parte del sistema nervoso cosa che richiamasse più particolarmente l'attenzione : dei dieci figli che egli aveva avuti 4 erano ·morti, ed i sei vivi erano venuti su malaticci più per le condisioni poco igieniche in messo a cui erano vissuti che per lesioni organiche determinate e speciali. Nei suoi ascendenti non pare vi fossero state malattie nervose degne di nota, per quanto almeno potè risultare da un'inchiesta accurata fatta presso i parenti che venivano a visitarlo nell'ospedale. Quello peró che si può asserire con la maggiore certezza è che nella sua famiglia non si era verificato alcun caso di malattia identica a quella da cui egli era stato colpito. L'emicrania in una sua zia, il reumatismo articolare cronico in due dei suoi fratelli, ecco tutte le notisie che noi potemmo ricavare riguardo ai suoi antecedenti familiari. Lui perè non avea mai sofferto di reumatismo articolare, e neanche di dolori vaganti per le membra, giammai inoltre di sintomi accennanti a una pregressa mala tia cardiaca, come dispnea, palpitazioni, edema ai malleoli e simili.

La malattia, dunque, da cui era affetto il nostro ammalato non avrebbe avuto nessuna causa prossima, da cui, se nou altro apparentemente, essa avesse avuto principio? Sarebbe stato in vero strano che l'infermo non ci avesse raccontato uno di quegli incidenti ordinarii della vita cui sono spesso attribuiti i mali, quando s'inisiano; ma qui si trattava invece d'un accidente notevole e grave, cui l'infermo s'era trovato esposto, e che bisognava tenere in gran conto.

Un giorno, nell'estate del 1891, stava vicino ad un tronco di strada ferrata, passeggiando con un suo bambino; questi, tra i suoi giuochi, capitò, saltando, tra le rotaie, quando d'un tratto comparve un treno che s'avvicinava valocemente. Preso da orribile agomento, il padre si alanciò per salvare il figliuolo dalla morte imminente, e riusci appena a ritrarnelo illeso, ma egli non potè evitare di rimaner contuso in qualche parte del corpo. Fu proprio la locomotiva che, come ci veniva raccontato, lo sfiorò leggermente al momento di scampare al pericolo, o pei movimenti rapidi e disordinati ch' egli dovette allora compiere, gli rimasero dei dolori qua e là in tutta la persona? Ciò non importa gran fatto; quel che si deve invece rilevare è l'intensa, la vivissima impressione morale, da cui il povero uomo fu preso in quel terribile fraugente. Egli si recò all'ospedale della Pace, per farsi curare di quell' indolenzimento che gli era rimasto; ma non tardarono ad apparire i primi sintomi della malattia nervosa, che dovea poi condurlo alla nostra osservazione. Dei movimenti involontarii e disordinati cominciarono a manifestarsi nella faccia, di poi comparvero nell'arto superiore destro, più tardi anche nell'arto inferiore dello stesso lato, ed infine si diffusero a tutto il corpo. Dapprima quei movimenti non lo impedirono di attendere ancora a quell' occupazione semplice della sua vita, di dar cioè delle stanze a pigione; ma si resero in ultimo tanto intensi e pertinaci che non gli fu possibile di far più niente, e divenne anzi per i suoi più di ostacolo che di aiuto. Contemporaneamente la sua intelligenza, la sua memoria si affievolivano, ed allora egli fu condotto nell' ospedale.

Quando noi lo vedemme, egli « non avea mem bro che tenesse fermo». I movimenti disordinati, disuguali, quando più, quando meno ampi ed estesi. che avvenivano ora in uno, ora in un altro dei quattro arti, tacevano prendere al corpo i più diversi atteggiamenti ed i più strani aspetti. Il tronco anch'esso, oltre ed essere scosso dai movimenti che gli arti gli imprimevano con la loro continua irrequietezza, era lanciato ogni tanto qui e là da vivaci contrazioni dei suoi muscoli proprii. Quando l'infermo era seduto, era per lui un continuo oscillare o da un lato o dall' altro; d' un tratto, in alcuni momenti, sembrava che volesse alzarsi, ma il movimento era appena incominciato, che egli ricadeva sulla sedia, e non più nel meszo di questa, sibbene spintovi verso un lato; di qui egli subito tentava di ritrarsi per non perdere l'equilibrio, ma qualche volta non gli veniva fatto e cadeva per terra. Difficile gli riusciva allora di rialsarsi; e però, edotto da quelle vicende, così spesso ripetentisi, cercava di metter la sedia tra due letti, il più che pessibile vicini tra loro, perchè da tutti e due i lati avesse un sostegno, un appoggio, contro cui lo slancio, gli sbalsi provenienti dai movimenti involontarii venissero amorzarsi.

Egli poteva ancora camminare, sebbene con grande stento e col continuo pericolo di andar giù per terra; infatti procedeva a sbalzi, continnamente deviando dalla linea diritta, somigliando così ad un ubbriaco, almeno a prima vista e per chi non lo avesse osservato attentamente. Quella sua andatura in vero non dipendeva da uno stato vertiginoso, donde quell'aspetto distratto ed istupidito e quel procedere a sig-zag che è proprio dell'ebbro (1); egli per quanto i movimenti del capo e dell viso glielo permettevano, si sforsava di seguire con gli occhi il proprio cammino; ma i movimenti del tronco e degli arti erano volta a volta così impetuosi ed inoltre la flessione involontaria delle ginocchia così brusca, che l'equilibrio andava facilmente perduto. Egli quindi, stanco e svoglisto, andava di tanto in tanto a trovar rifugio sul letto, do-

ve la più larga base d'appoggio gli dava se non altro minori occasioni di contundersi, d'urtarsi, di farsi del male. Ma anche li vi era stato bisogno di mettere da un estremo laterale e dall'altro dei ripari che preteggessero l'infolice da una caduta, che limitassero incitre, per quanto era possibile, quei suoi continui movimenti. A cau-a di questi le sue membra, quando era coricato, si sovrapponevano l'un l'altro, s' intrecciavano in modo diverso, s'allontanavano e s'avvicinavano in continua vicenda, nè erano soltanto dei movimenti a grande raggio in cui l'arto tutto intero prendeva parte, ma si mostravano irrequieti pure i piocoli muscoli dalle mani e dei piedi; quivi le dita si flettevano, si est ndevano, si contercevano, prendendo cosi degli atteggiamenti ateto-iformi, differenti però dalla vera atetosi, perchė quei movimenti non eran lenti, ma si compiyano con una certa vivacità.

I muscoli del collo e della faccia prendevano parte a quel quadro morboso con le loro contrasioni svariate ed alternantisi incessantements. La testa veniva mossa ora per un verso ora per l'altro, e nel viso ora si produceva un incresparsi della fronte con un inazcamento delle sopracciglia, ora un energico sollevarsi degli angoli labiali, ora un atteggiarsi delle labbra come per fare un fischio, un conformarsi infine del volto a mille smorfie, diverse l'una dall'altra a seconda il numero e la varietà dei muscoli contraentisi in una stessa volta. Ed anche i globi oculari venivano di tanto in tanto scossi da movimenti involontarii; in determinati periodi anzi erano così fortemente agitati, cambiando seasa tregua la loro posisione, che l'infermo non poteva più fissare un oggetto, una persona; allora gli riusciva più particolarmente difficile ed anche impossibile il cammino. Questa partecipazione dei muscoli dei globi oculari alla malattia merita di essere un po' più particolarmente notata. Quei muscoli in vero sono stati in generale trovati immuni dai movimenti caratteristici della corea: ciò fu rilevato dapprima da Lannoia, e poi confermato da Huet. In qualche raro caso però sono stati pur trovati, come nel nostro, interessati. Valga per esempio quello riportato da Juvaux (2). In questi casi però i

⁽¹⁾ Si è attribuito a K i ng «Nev-York Med. Journ. 1885, pag. 468» d'aver fatto l'osservazione che questi coreici hanno l'andatura dell'ubbriaco; ma egli notava acutamente, subito dopo, che quella somiglianza può sembrare vera così a occhio e croce e solo per un osservatore superficiale. Egli è vero che l'accenno a questa somiglianza lo si trova in molte altre osservazioni (Lannois, Lenoir, ecc.), ma benchè essa fosse giusta, non bisognerebbe rimanersene là soma approfondirne le differenze.

⁽²⁾ Juvaux, Contribution è l'étude de la chorée chronique. Thèse de Paris, 1892. Vedi inoltre i casi riportati da Ewald «Zeitschrift f. klin. med., 1894, p. 51»-da Peretti «Berl. klin. Wochenschrift, 1895, n. 50-51» e da Zacher « Neurol. Centrallel., 15 gannaio 1898».

movimenti dei globi osulari erano deboli, semplicemente sincroni, o press' a poco, con quelli delle palpebre; nel nostro infermo invece essi di quando in quando assumevano, come si è detto, una particolare intensità.

La lagua era, anche quando ritenuta nel cavo boccale, soggetta a continui sportamenti involomtarii; ma allorche si ordinava all' infermo di cacciarla fuori, i movimenti di essa si aumentavano grandemente; le sue oscillazioni da un angolo all'altro della bocca, il ritrarsi e l'uscir di nuovo rapidamenta, l'incurvarsi in tutti i modi e secondo tutte le direzioni erano talmente insistenti che non veniva fatto all' infermo, benché desid-roso d'ubbidirei, di mantenerla un pò ferma; i suoi sforsi non riuse vano ad altro che a fare aumentare contemporaneamente le contrazioni involontarie dei muscoli che circendano o s' inseriscono all' orifizio della bosca. Su questi muscoli adunque la volontà non agiva in alcun modo; essa non poteva diminuirne l'asione spontane: per farli ubbidire ad un suo secono, ad una sua intenzione qualziasi.

Ne l'infermo era più fortunato, quando voleva servicai degli arti per compiere un'azione determinate. Quando gli si diceva di prendere un oggetto, i movimenti involontarii si accrescevano fortemente, e solo dopo moltissimi stenti egli ripsciva a compiere l'azione voluta. Ma a questo scepo bastava osservar l'infermo la mattina quando egli doveva vestirsi. Mettere le celze era per lui an arduo problema: tentava e ritentava a lungo, finchè dopo i più strani e disordinati movimenti, gli veniva fatto d'infilarle alla meglio, e solo per una metà; l'altra metà rimaneva come appesa ai due piedi. Ed allora, durante il giorno, esse se ne scivolavano facilmente, e ne risultava per l'infermo un ripetuto rinnovarsi degli sforsi faticosi sopradetti. Quando mangiava, una parte del cibo e dei liquidi cadeva già durante i movimenti necessarii per portarli alla bocca, un'altra parte si riversava lungo il mento e sul petto nel momento di avvicinarli alle labbra; a tali difficoltà si aggiungeva quella di non poter conformare la bocca in maniera opportuna per ben ricevere gli alimenti. E però egli sessava sempre affamato, perchè solo una piscola parte del cibo che gli veniva dato nell'ospedale penetrava nel suo organismo a nutrirlo e a compensarlo del gran consumo d'energia che tutti i muscoli del suo corpo facevano. Questi intanto non conservavano la forsa normale; erano flosci, diminuiti di velume, ma non presentavano alcuna traccia d'atrofia degenerativa.

I riflessi tendinei e cutanei erano conservati. nè si può dir di più a loro riguardo, perchè i movimenti continui impedivano sempre un' osservazione di essi più accurata ed esatta. Ed in vero l'infermo non trovava pace che la notta, durante il sonno; il suo corpo allora rigosava calmo e tranquillo; ed era davvero deplorevole cha il suo sonno andasse soggetto a frequenti interruzioni, in modo che egli non godeva a sufficienza della tregua che la malattia gli dava mentre dormiva. Di questo ei si lagnava principalmente: quella tregua infatti ora per lui tanto più preziosa, perchè la mattina, allo svegliarsi, sembrava più rinfrancato, meno stanco; i movimenti erano allora meno pronunsiati, meno insistenti, ed egli pareva che provasse un certo grado di relativo benegere.

Del resto egli non soffriva niente altro; gli organi della vita vegetativa non rivelavano alcuna alterazione semiotica e funzionavano bene. Aveva la vista, l'udito, il gusto, l'edorate normali; le diverse specie di sensibilità intatte o presso a poco.

Ma vi era un altro crdine di sintomi, su cui fa ora mestieri di fermarsi più particolarmente: essi avevano sul nostro infermo qualcosa di speciale che fermò la nostra attensione. Egli era, come abbiamo già detto, di molto indebolito nell'intelligenza: tutte le sue facoltà avevano sofferto una diminusione lenta e progressiva, un disfacimento uguale ed uniforme. Ma sopratutto notevole era la maniera con la quale egli ci parlava.

Egli è vero che per i movimenti involontarii della lingua e delle labbra, per quelli forse anche della laringe e dei muscoli respiratorii, egli stentava a pronunziare una parola, dovea spesso ripeterla per farla comprendere; ma tutto ciò non bastava a spiegare l'insistenza con la quale egli continuava a parlare in modo che se lo si fosse lasciato, il suo monotono chiaccherio non avrebbe avuto mai fine. Era naturalmente un ripetersi di cose insulse ed inconcludenti, senz'ordine, sensa concatenazione: ma l'infermo era smanioso di venirci incontro per soddisfare questo che sembrava un bisogno cui egli fosse tratto a compiere irresistibilmente. E però diveniva, molte noioso e importuno : bastava avvicinarsi al suo letto (e non importava che ciò si ripetesse parecchie volte in un breve spazio di tempo), perché egli fosse

preso da un impulso invincibile ad avvicinarsi a noi per parlarci. Tentava ogni volta di portare la mano alla cuffia come per togliersela in segno di rispetto, faceva dei grandi sforsi per levarsi da sedere; e se per la fretta con cui tali movimenti avvenivano non cadeva per terra, eccotelo innansi, pronto a sciogliere il suo eterno scilinguagnolo.

Per tale ragione riusciva inoltre incomodo e molesto agli altri ammalati; per le lagnanze di tutti nella sala il Prof. Bion di dovette infine mandarlo via dall'ospedale.

Questa sua tendensa morbosa a parlare dipendeva forse dalla stessa causa che agitava senza tregua i suoi muscoli? Vi era tra questi due sintomi un rapporto intimo, una connessione, un'identità d'origine? e non si produceva forse nel suo cervello un flusso d'idee confuse e disordinate ch'egli si sentiva tratto ad esternare al di fuori con parole slegate ed incoerenti? Sembrava insomma che le sue idee, allo stesso modo che le contrasioni dei suoi muscoli, non tendevano ad uno scopo deliberato e prefisso, esse si seguivano così come gli svariati ed inconcludenti movimenti di tutto il corpo.

Con caratteri molto più spiccati si osservano questi sintomi in una psicosi tipica, voglio dire nella mania. Quivi in vero il succedersi così dei movimenti come delle idee è assai più tumultuoso e precipitoso. Le idee sorgono allora in folla, accumulandosi, accavalcandosi le une sulle altre, e noi scorgiamo quel loro succedersi rapido e mobilissimo nel linguaggio dell' infermo che somiglia a torrente impetuoso che nessun impedimento, nessun ostacolo possa arrestare. I medici inglesi però hanno saputo intravedere i rapporti d'analogia che esistono tra la mania e la corea volgare, quella forma di corea cioè che si osserva con grandissima trequensa nei fanciulli. Non vi è altra malattia infatti, che pel suo corso, per la sua durata e per i suoi caratteri sia così paragonabile alla mania come la corea infantile. Questa gli inglesi chiamano e insanity of the muscles >, e la mania « chorea of the mind », vale a dire corea della mente. Nel nostro caso però non trattavasi di una forma di corea passeggera, dopo la quale, nello stesso modo come suole accadere dopo un attacco di mania, si ritorna allo stato normale; nel nostro infermo si trattava invece d'una corea cronica progressiva per la quale non vi era più speranza di guarigione. Ma il disturbo ch' egli presentava nell'ordine intellettuale non dovea esser meno collegato, in una

いいていれれば、いけないることにいいとい

giusta interpetrazione, con la turbata azione dei suoi muscoli.

Oramai non si può più nutrir l'illusione che faceva credere a tanti filosofi e dotti che le idee sono dei fantasmi analoghi alle ombre dei morbi negli *inania regna.* La psicologia contemporanea ha fatto giustizia di questa concesione troppo intellettualista. Ogni idea è in fondo un' asione ohe si esplica all'esterno o che resta allo stato nas ente. Essa tende a produrre un effetto qualunque, un movimento o arresto di movimento. sia visibile al di fuori, sia invisibile ed interno. Il mentale e il fisico non sono che uno nella realtà concreta: non vi è un movimento del corpo che non abbia la sua parte mentale, come non vi è alcun fatto mentale che non abbia la sua efficacità organica. Come quindi per malattia è turbato il succedersi delle azioni muscolari, le quali sono sottratte a ogni scopo direttivo e all'azione della volontà, per l'identico meccanismo può essere disturbato il corso normale delle idea. le quali senza una giusta connessione fra di loro. senza concatenamento, si succedono nella maniera più bizzarra e disordinata.

Tale alterazione della psiche veniva dal nostro infermo manifestata al di fuori per l'impulso a soddisfare quello stimolo continuo ch'egli sentiva di parlare, stimolo che lo faceva andare in cerca d'altri infermi e lo traeva verso di noi, ogni volta che gli passavamo vicino. Ma dei disturbi dell' intelligenza più o meno identici, più o meno pronunziati esistono a lungo andare nella maggior parte di questi infermi; si sa quanta è l'importanza ch'essi hanno nello studio della corea cronica; per la grandissima frequenza con cui sono stati riscontrati essi formano parte integrante della malattia. Io intanto non riporterò qui tutte le discussioni che si sono fatte riguardo alla loro origine; dappertutto si possono riscontrare le varie opinioni emesse sulla patogenesi della corea e dei suoi sintomi, tanto per le forme acute come per le forme croniche di essa. Io vorrei solo dimostrare come nel nostro infermo i distubi psichici ch'egli presentava erano in strettissimo rapporto coi disturbi motorii: connessi intimamente fra loro, questi disturbi si rischiaravano a vicenda e mostravano a noi un indirizzo proficuo nell' interpretarne lo sviluppo e il successivo progredire.

E dapprima, quando noi consideravamo la condizione in cui era messa l'intelligensa del nostro infermo da quella continua instabilità dei suoi muscoli, noi ci accorgevamo che egli non era più capace d'un'attensione sostenuta, ch' egli non

poteva fermar la mente, se non con grande difficoltà, su di un oggetto, su di un' idea qualsiasi. Maudsley (1) aveva già asserito che colui che è incapace di governare i suoi muscoli è incapace d'attenzione; ma principalmente Ribot (2) s'è poi sforsato di dimostrare che l'attenzione nelle sue due forme, spontanea cioè e volontaria, non è un'attività indeterminata, una sorta d' « atto puro » dello spirito, che agisca per messi misteriosi e incomprensibili. Il suo meccanismo è es senzialmente motore; essa agisce sempre su dei muscoli e per messo dei muscoli. Finanche i mu scoli della respirazione vi prendono parte. Acquistare il potere d'attenzione, dice Lewes, è apprendere a fare alternare gli adattamenti mentali coi movimenti ritmici della respirazione (3). Nè si può dire che le modificazioni della respirazione, i movimenti della faccia, del tronco delle membra che accompagnano l'attensione, sono, come si ammetteva una volta, degli effetti, o semplicemente dei segni; essi sono, al contrario, gli elementi costitutivi, i fattori indispensabili dell' attensione.

Noi infatti quando vogliamo fare attensione a una cosa, adattiamo spontaneamente tutti i muscoli del nostro corpo, perchè con dei movimenti energici e convergenti si mantenga in noi quello stato di coscienza e si rinforzi. Tali movimenti debbono essere per ciò corrispondenti allo scopo; e dopo che per meszo di essi il nostro corpo ha preso, senza che noi stessi ce ne accorgiamo, l'atteggiamento necessario, vi ha da essere una relativa immobilità, una persistenza in quell'unità d'azione.

Vi ha d'uopo, cioè, d'arrestare i muscoli in quella posizione, e d'impedire che altri elementi motorii venissero ad attraversare, inopportunamente, quel periodo in cui ogni contrazione muscolare tende, associata con le altre, allo stesso scopo, alla stessa riconcentrazione, donde deriva quel sentimento di sforzo che noi proviamo quando l'attenzione non è spontanea, ma decisamente voluta e sostenuta da noi per un certo tempo. Tutte le tendenze dell'individuo, tutta l'energia disponibile, mirano allora allo stesso punto; vi è convergenza, non diffusione di movimenti o di attitudini. Noi impediamo che questa diffusione

avvenga perchè la forsa nervosa disponibile sia economiszata a nostro profitto: diminuire la diffusione è aumentare la concentrazione utile. A tutte queste condizioni indispensabili per il meccanismo dell' attensione non era possibile che ubbidisse il nostro infermo; egli non poteva più comandare ai suoi muscoli, specie poi quando, per i progressi della malattia, nessuna parte del suo corpo sfuggiva più al disturbo coreico: non più allora nei muscoli del viso, o in un braccio, o anche solo in una metà del corpo, ma in autti i punti ora qui ora lì avevano luogo i movimenti caratteristici della malattia.

Se l'attenzione aveva potuto a principio ancora esercitarsi, sebbene molto debolmente ed instabilmente, più tardi quella facoltà era quasi interamente perduta. E come tutto ciò che accadeva intorno a lui passava innanzi ai suoi occhi con un succedersi uguale e monotono senza che la sua mente potesse, scegliendo, fermarsi su checchessia, così le idee si seguivano, germogliando, l'una dopo dell'altra, senza che l'infermo fosse capace di quell'attenzione tutta interiore che si chiama riflessione. Per questa, più che mai, vi dev'essere restrizione del movimento.

Ed in vero l'elemento motore si trova, come noi abbiamo accennato, in fondo ad ogni stato intellettuale; questo è accompagnato sempre da manifestazioni fisiche determinate. Non vi è pensiero, dice Setschenoff, senza espressione. Nella riflessione però il movimento deve restare allo stato nascente; vi dev'essere solo un cominciamento d'attività muscolare, e questa dev'essere subito moderata e repressa. Vi dev'essere insomma repressione della diffusione esteriore e aumento della diffusione interiore. Se il movimento si producesse, la forsa nervosa si esaurirebbe al di fuori, trasformandosi in impulsione motrice. « Il pensiero, dice Setschenoff, è un riflesso ridotto ai suoi due primi terzi » ; e Bain più elegantemente: « Pensare è trattenersi di parlare o d'agire. » E' facile comprendere come a queste leggi cui è soggetto, nel compiersi, il lavoro della nostra intelligenza, poteva il nostro coreico solo imperfettamente, oppure niente affatto ubbidire.

(continua)

⁽¹⁾ Maudsley. — Physiology of the Mind, pag. 156.

⁽³⁾ R i b o t.—Psychologie de l'attention, 1894, 2. èdition.

⁽⁸⁾ Lewes.—Preblems of Life and Mind, t. III, pagina. 188.

SOCIETA' SCIENTIFICHE

Società medico-chirurgica di Modena-Mioma del ligamento rotondo sinistro. - Intorno agli effetti dell'estirpazione delle ghiandole paratiroidee. - Sui seuccoiti nel latte umano. - Accademia di medicina di Parigi. - Meningite suppurata consecutiva all'ablazione di un sarcoma del seno trontale, guarita con la trapanazione ed il lavaero intra-eranico. - Tumore cistice del canale di G ü r n e r. - Litiasi intestinale e renella dell'intestino. - Sul labbro leporino. - La protesi del naso. - Fibro sarcoma della escavazione pelvica. - Restaurazione del perineo, della vagina, dell'uretra e del retto. - Radiografia crauiena. - Intossicazione acuta per vapori nitrosi. - Gravidanza estrauterina; feto ritenuto per 8 mesi. Ablamene totale della ciste fetale. Isterectomia addominale; guarigione. - Sull'allacolatura del cordone ombelieale. - Società di biologia di Parigi. - Passaggio della reasione agglutinante dalla madre al feto. - Fisiologia delle aititudini. - Bacillo piocianico e barbabietole. - Il fosfato di guaiacolo. - Appendicite epidemica nel coniglie. - Sull' autipirina. - Nervi dell' aorta. - Specificità cellulare nei tumori.-Passaggio della proprietà agglutinante a traverso la placenta. - Azione dei microbi anaerobii in patologia.

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI MODENA

Tornata del 13 marso 1897

(MOSTRO RESOCCITO PARTICOLARE)

Miema dei ligaments votonde sinistre. G. F. Fabbri lo estirpò in una giovane sposa di circa 85 anni, maritata con prole. Essa se ne era accorta da più di 2 anni; da prima cresciuto insensibilmente, era aumentato rapidamente di volume negli ultimi due mesi.

Era accompagnato da molectia dolorosa che la signora riferiva specialmente al ginocchio. Giaceva sull'esterno del corpo del pube sinistro, ovale nel prolungamento dell'asse del canale inguinale; al compasso riusciva lungo 5 cm., largo 4; liscie, mobilissimo nella detta diresione, tanto in alto che in basso ove lo si poteva far riescire sottocutaneo alla faccia interna del gran labbro.

Per la mollezza elastica e pel rapido accrescimento scepettò il prof. F a b b r i si trattasse di sarcoma. Estirpatolo iasieme a porzioneella di ligamento rotondo, aggiunse l'operazione di Alexander per la concomitante retroversione.

Felice fu l'esito dell'operazione. Il microscopio mostrò fortunatamente trattarsi di fibromionia aderente al ligamente rotondo per esile peduncolo fibriemiomatoso.

Durante l'operazione fu trovato l'anello inguinale esterno molto ampio. Forse il mioma ancor piccolo aveva sede all' estremo inferiore del canale ed allora la resistenza delle pareti del canale vietà il rapido accrescimento; indi, l'accrescimento libero potè aver luogo: e fu rapido a seconda dell'abbondante vascolarizzazione del tumore, palese per le vene grossette serpeggianti alla superficie, e palesi alle sezioni microscopiche.

Interne agli effe ti dell'estirpazione delle ghiandole paratireldes. Vassale e Generall. Vassale riferisce su ulteriori osservazioni sperimentali e-

seguite in cellaborazione col suo assistente dottor G e n e rali intorno a questo interessante argomento.

Da quanto essi ebbero in seguito ad osservare negli snimali che furono oggetto della seconda loro ceservazione (Rivista di Patologia nervosa e mentale, vol. I. Fase. 7, 1897 e Archives Italiennes de Biologie, tom, XXVI, Fasc. 1), parrebbe di poter effermare che all'abissione della funzione paratiroidea siano dovuti i fenomeni di tetania: all'ablazione invece della funzione tiroi lea i fenomeni di carhessia strumipriva cronica e talora di vero mixedema sperimentala. La quest'ultimo esso i sintomi cachettici che si erano sviluppati cronicamente in un cane che era stato operato di estirpazione dei due lobi tircidei lasciando in sito una sola paratiroidea esterna e che sempre andavano progressivamente aggravandosi, furono fugati meravigliosamente in breve tempo con la somministrazione di tiroide secca di mejale.

Ciò porterebbe luce su quanto si osserva nell'uomo in seguito all'estirpazione dei gosso. Si
avrebbe nell'uomo tetania morboga quando insieme al corpo tiroide vengono ustirpate anche
le paratiroidi che talvolta si trovano in stretto
rapporto con esso (restando una o due paratiroidi si potrebbero avere, come dei resto con
constatarono sperimentalmenta mel cana, facmeni di tetania transitoria per defisienza finazionale paratiroidea).

Si avrebbe invece mixedema post-operatorio quando, come avviene più di spesso, nell'estirpazione del gozzo restano risparmiate le paratiroi di esterne che sono più o mano dissoste del corpo tiroide.

Sul leucceiti nei latte umane. Paiazzi ha esaminato nell'Istituto patologico della R.ª Università di Modena il latte di dedici nutrici ane allattanti da un numero vario di mesi, sia, prima che durante la poppata, come alcune ore dopo. Il latte era raccolto in tubi d'assaggio sottoposto quindi alla forsa centrifuga. Aspirate con una pipetta alcune gocce del sedimento dei latte così trattato, le distendeva sopra portaoggetti, e ottenuta, previo essiccamento, la fissazione col calore, sovrapponeva al preparato una goccia dell' ematossilina. Vassale così composta:

Si soiolgono a caldo 10 gr. di allume e di cromo violetto e 2 gr. di acido arsenioso puro in 100 cc. di acqua; si lascia raffreddare la soluzione e si filtra. A 50 cc. di questa soluzione si aggiungono 20 ctgr. di ematossilina, 5 ctgr. di orange semplice e 50 cc. di gliocrima. Questa ematossilina deve esser lasciata maturare un mese

e più.

L'osservazione del sedimento di latte, colorito
e chiuso con bitume in tale ematossilina, fece
costantemente rilevare oltre a piccoli globuli lattei, molti leusociti spesso polinucleati ora inelati
ora in gruppi, talora contenenti una goccia è
poche gocce adipose; incitre si rissentraremo dei
piccoli globi di adipe, abbracciati da una semi-

luna albuminosa colorabile in giallo coll'orange, talvolta a corna rientranti in modo da costituire un circoletto completo attorno al globulo di latte, altre volte invece a forma di un dischetto mascante di un piecolo segmento costituito da porsione di un globulo di latte che ad esso aderiva. Finalmente dischetti completi colorabili identicamente, isolati od a gruppi, ed altre forme in cui due globuli graceosi aderivano allo stesso pezsetto di sostanza, colorabile in giallo.

Queste porzioni di sostanze colorabili dall' orange aderenti ai globuli di latte sono secondo l'oratore da ritenersi come framementi di protoplasma delle cellule ghiandolari che si distaccano da esse nell'atto della separazione dei giobuli grassosi. Ciò conferma nella secrezione mammaria umana, quanto altri autori affermarono nella secrezione mammaria di varii animali, ossia che la separazione dei globuli grassosi dalle cellule ghiandolari è spesso accompagnata da distacco di parte del protopiasma cellulare, specialmente di quella parte di protoplasma che guarda il lume dell'alveolo.

Tavernari

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Tornate del 2 e 9 marso 1897

Meninghe suppurata consecutiva all'ablazione di un sarsema del sene frontale, guarita con la trapanazione ed il lavacre intra-cranico. Berger e Luc.-Una donna aveva un tumore cistico alla regione sopraciliare destra; punto una prima volta, si riprodusse. Luc esitava tra una ciste del seno frontale ed un empiema di questo. Trapanato il seno frontale vi si rinvenne un liquido colloide e fungosità sarcomatese. Una suppurazione secondaria richiese un nuovo intervento, il quale dimostrò l'esistenza di un prolungamento intraorbitario del tumore. Malgrado zaffamento del seno frontale, si ebbero i sintomi di una encefalite suppurata. In una 8ª operazione L u c, incisa la pachimeninge, lavo la superficie del cervello, ricoverta da un essudato purulento, e punse le circonvoluzioni senza ottener risultato. Zaffamento consecutivo.

Nei giorni seguenti si determinò la convalescenza e si ebbe guarigione completa. Berger insiste sulla rarità dei sarcomi fusi-cellulari a degenerazione colloide del seno frontale.

L'esoftalmo è un buon segno dei tumori solidi ·lel seno frontale quando questi guadaguano l'orbita. I danni dell'intervente sul seno frontale seno grandissimi. La prognosi di questi tumori è grave, poichè recidivano.

Tumero cistico del canale di G ü r n e r. Bianchard presenta a mome di Magalhaes una saccacistica asportata dal piccolo labbro di una meticvolume d'una grossa arancia.

Questa sacca, piena di liquido chiaro, filante, albuminoso, privo di microbi, pendeva innansi alla vulva. L'estirpazione fu agevole. L'esame istologico dimostrò che il tumore erà formato per diletasione della porsione terminale del canale di Wolff, conosciuta sotto il nome di canale di Gürner. E' il primo caso registrato nella letteratura.

Litiasi intestinale e renella dell'intestine. Dieujafoy parla a lungo su tale argomento e viene alle seguenti conchiusioni.

Esiste una litiasi integtinele : questa può essere formata da sabbia, granuli e calcoletti composti di sosianse organiche ed inorganiche in proporsioni variabili; i sali di calce e di magnesia sono preponderanti; la litiasi enterica è spesso accompagnata da entero-colite muco membranosa; spesso la litiasi è in rapporto con la gotta; essa può decorrere inosservata e può provecesso vezi acocsei deloresiesimi (vene celiche litiasiche:) i quali sono seguiti da emissione di sabbia, calcoli e materio membranusa.

Finalmente dice che le coliche intestinali litiasiche mon devono esser confuse nè con le coliche epatiche nè con l'appendicite.

Sul labbre leporine. Le D'ente riporta il riassunto di 40 casi di labbro-leporino acquisito o congenito, curati con la stafilorrafia, l' uranostafilorrafia e con la operazione del semplice labbro leporino. Egli mette in evidensa i grandi vantaggi che si ottengono dalla operazione della urano-stafilorrafia, la quale oggi è molto perfesionata e propugna il metodo del Trèlat.

La protesi del maso. Berger presenta un appastrecchio protesico metallico, che può servire nello stesso tempo da sostegno alle parti molli. Il pesso può allungarsi od accorciarsi, non si appoggia sullo scheletro, ma sui margini della lesione di continuità; si adatta benissimo e non ha l'inconveniente di determinare ulcerazioni consecutive.

L'oratore dice che l'apparecchio che presenta, inventato dal Goldenstein, è molto meglio tollerato di quello del Martin: però deve usarsi solo nei casi in cui i metodi autoplastici sono impotenti a fare scomparire una grave deformazione.

Delorme parla nello stesso semse; in 8 casi si è servite dell'apparecchie di Martin, ma nen ha potuto in alcuno osservare reals matagal.

Pèca parla con entusiasmo della rinoplastica col metodo italiano e dice che questa è l'unica via da seguire.

Fibro-sarcema della escavazione psivica. Pòan presenta una donna alla quale asportò un enorme fibro-sarcoma della regione ischio-pubica che riempiva il bacino; la via per la quale fu operata la donna fu quella pubi-perinec-vagino-sacrale.

Restaurazione del periuso, della vogina, dell'grecia di 26 anni. Il tumore comparve verso i 12 anni **tra e del retto. Pean** parla del caso occorso in e si svilappo dentamente fino ad acquistare il una primipara ventottenne, in cui il parto, laboriosissimo, aveva prodotto molti guasti. L'oratore,

con operazioni autoplastiche, riccetitul tutte le parti lese ed attualmente la donna ritiene benissimo le fecce e l' prina e gode piena salute.

Radiografia craniena. Péan presenta un radiogramma fatto dal Mergier su di un individuo cinquantenne dal quale si poté constatare che un proiettile si era infisso nel temporale (rocca) e quindi estrarlo.

L'oratore si diffonde a parlare dell'utilità che potrà ricavarsi dalla radiografia.

intessicazione acuta per vapori altresi. Mannouvriez riporta 4 casi di avvelenamento acuto pei vapori nitrosi inalati da individui addetti alla custodia di una fabbrica. Due degli avvelenati morirono ed all'autopsia si notò profonda disorganizzazione di tutti gli elementi costitutivi degli organi e dei parenchimi. Altri due ebbero gastroenterite acuta, ma si salvarono.

Gravidanza estrauterina; fete ritenuto per 3 meei, Abiazione totale della ciste fetnie. I sterectomia addeminale: guarigione. Routier riporta il caso. A causa della grave emorragia consecutiva all'ablasione della ciste fetale (del peso di 8275 gr.) fu costretto ad eseguire l'isterectomia totale.

La gravidansa si era sviluppata negli annessi di destra che si erano portati verso dietro (varietà utero-ovarica sotto-peritoneale).

L'oratore mette in guardia i chirurgi contro le difficoltà che oppone l'estirpazione totale delle cisti fetali. Quando si tratta di una gravidanza extrauterina di più di 5 mesi, bisogna contentarsi di aprire la ciste, asportare il feto e fognare la cavità, lasciando sopra tutto la placenta in situ, specie se il feto è vivo.

Sull'aliacciatura del cerdone embelicale. Baralllez in un suo lavoro propugna la sostituzione di uno spillo di sicurezza all'allacciatura (elastica o col filo) del cordone.

Porak però non vede grande giovamento od utilità in tale sostituzione.

L'accetta solo pei casi in cui non si possa rimediare altrimenti e dice che lo spillo non deve mai essere di metallo flessibile, sibbene di accisio.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Tornate del 2 e 9 marso 1897

Passaggie della reazione aggiutinante dalla madre al fete. — Mossè ha avuto occasione di esaminare il sangue di un fanciullo di 29 giorni, nato a termine, da madre che aveva avuto il tifo al 6º mese della gravidanza. La madre aveva presentato la reazione specifica nel sangue e nel colostro. Al momento del parto l'oratore ha trovato la proprietà aggiutinante nel sangue della placenta e 29 giorni dopo l'ha constatata ancora nel latte della madre e nel sangue del feto. Le culture e l'esame istologico della placenta non rivelarono punto bacilli di E b e r th.

Fisiologia delle altitudini. — Mosso ha vissuto un mese sulle cime del monte Bosa ed 8 giorni sul monte Bianco per studiarvi la fisiologia della respirazione e della circolazione a queste grandi

altesse. Al contrario di quel che dice il Bert l'oratore ha notato: che l'ampiessa e la frequensa degli atti respiratorii diminuiscono e la respirazione prende un tipo intermittente, bissarro, però differente da quello di Cheyne-Stokes. Esso consiste in 2 o 8 inspirazioni precipito-e seguite da un periodo di riposo. Il cuore si rallenta.

L'oratore attribuisce il fatto non alla minore tensione dell'ossigeno atmosferico, ma ad una minore produzione di acido carbonico il quale è quindi meno eccitante.

Becille piecianico e barbabletele. — Phisaile ha osservato che le cavie inoculate con bacillo piocianico e nutrite con barbabletele non presentano più in loro l'esistenza del bacillo, quando alla barbabletela si sostituisce un altro alimento, fatto che mai si osserva quando si somministra loro il primo alimento. L'oratore crede che il bacillo piocianico perda facilmente il suo potere cromogeno e che quando nell'alimento si trova la sostanza colorante esso lo riacquista, per perderlo di nuovo quando il pigmento bleu non viene introdotto con il cibo.

il fesfate di gualacele. — Gilbert parla sulle proprietà fisiche, chimiche e tossiche di questa sostanza. Dice che è meno tossico del gualacolo, forse perchè si assorbe più lentamente.

Il fosfato di guaiacolo, liberando un radicale fosforico ha spesso un' azione terapica maggiore. Ha inoltre il vantaggio di essere meglio tollerato quando si somministra per via orule. Del rato esso rende gli stessi servigi che si ottengono dal guaiacolo e dal creosoto.

Appendicite epidemica nel coniglic. — Charrin ricorda che nell'uomo si sono segnalati casi di appendicite occorsi, per così dire, epidemicamente. In questa forma si rinvenne l'appendice voluminosa, a pareti inspessite, infiltrate di granulazioni biancastre che ricordano gli pseudo-tubercoli; la cavità è libera; i capillari obliterati.

Nel coniglio l'oratore ha rinvenuto una forma perfettamente analoga per lesioni, per natura, per evolusione.

Sull'antipirina. Deléarde. — In vitro l'antipirina ha una manifesta azione antitossica sulle tossime difterica e tetanica; sull'abrina, sui veleni. Però non ha sugli animali alcuna azione preventiva o terapica. La sua azione quindi è paragonabile a quella del liquore jodo-jodurato e degli ipocloriti alcalini.

Potrebbe sostituire queste sostanze per attenuare le tossine.

Mervi dell' aerta. — Barbieri ha studiato le ramificazioni nervose a traverso gli strati concentrici della tunica media della aorta. I nervi penetrano prima perpendicolarmente, poi si ramificano tra i diversi strati; ogni filetto nervoso va ad un solo strato. Sembra, adunque, che esista una certa indipendenza tra gli strati, dal punto di vista della loro innervazione.

monte Bianco per studiarvi la fisiologia della respirazione e della circolazione a queste grandi sce un caso interessante dal punto di vista della

dottrina della specifizità cellulare dei tumori. Una donna aveva un tumore indolente alla mammelia ed un altro verso l'ascella. Asportati, risultà essere cisti. L'esa ne microscopico dimostrò che questi tumori erano formati da 2 tessuti bene distinti dal punto di vista istologico: un carcinoma mammario tipico ed un epitelioma del tipo malpighiano. L'oratore ricorda le teorie emesse per spiegare tale fatto e' dice che il caso occorsogli conferma la legge della specificità cellulare.

Pillet dice che si riscontrano talvolta nei carcinomi, formazioni di apparenza malpighiana composte però di cellule carcinomatose di origine glandulare; ma queste cellule sono modificate nella loro forma ed appiattite in lamelle per pressione reciproca, tanto da mentire a prima vista uno epitelioma lobulare perlaceo. Il solo carattere che permetta di affermare che si tratta di cellule del tipo malpighiano, è la presenza di filamenti di unione.

Gulnard riferisce che tali prolungamenti esistevano sui preparati da lui fatti.

Passaggie della preprietà agglutinante a traverse ia placenta. -- Achard ha potuto sperimentalmente notare nelle cavie la proprietà agglutinante trasmettersi dalla madre al feto: però in questo era in un grado sempre minore.

Aziene dei misrebii anaerebii in patelegia. Vellion e Zuber hanno isolato molti microbii anaerobii da parecchie suppurazioni a pus gangrenoso fetido. Questi microbii, inoculati ipodermicamente in animali, provocano ascessi il cui pus presenta gli stessi caratteri di fetore e di gangrena. Inoculandoli nella vena giugulare gli oratori poterono notare in certi casi, gangrena polmonare sperimentale per embolismo.

I microbii strettamente anaerobii (eccetto il tetanico ed il settico) hanno adunque un'asione più estesa di quanto non si creda, poichè in molti casi si trovano soli e quando sono associati ai comuni aerobii suppurativi, questi ultimi sono il più spesso in namero scarsissimo di fronte alle specie anaerobie.

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

«Annali d'Igiene sperimentale, vol. VII - Fasci" colo I - 1897.

Sepra una circoscritta endemia malerica. — Spedoni, medico condotto in Sanigaglia ha studiato recentemente l'endemia malarica limitata da molti anni ad un focolaio ristrettissimo posto fuori le mura di quella saluberrima città marittima dell'Adriatico.

Questo focolaio ha sede proprio alla sorgente dell'acquedotto e dopo qui dato numero di case la infezione più non compare. Concorrono tutti i di piccole fette che di grossi pezzi non è suftipi febbrili in questa circoscritta endemia (quar- ficiente a distruggere le spore, solo può bastare tana, tersana, con accessi prolungati, sub-continue, I (se spinta all'ultimo grado) alla completa discru-

perniciose, ecc.) anzi in una stessa famiglia si osservano talvolta varii tipi.

L'autore ha potuto dai suoi studii accurati stabilire che: la malaria rimane fissa nel punto ove prende origine e non si diffonde neppure a piccole distanze anche in senso orizzontele; le varie forme di parasiti malarici possono in uno stesso luogo contemporaneamente troyare le condizioni opportune alla loro vita; le mescolanze delle acque di mare con le dolci in terreno vicinissimo ad uno potentemente malarico non vale per sè a produrre la malaria. L'autore dice che il caso di Senigaglia parla manifestamente contro l'ipotesi che sia l'acqua il medium di trasmissione della malaria (in fatti tutti i cittadini malati o immuni bevevano la stessa acqua). Neppure la teoria aerobia spiega il fatto. Invece l'autore accarezza la ipotesi dell'inoculazione; infatti ivi abbondavano le zanzare le quali potevano essere benissimo il mezzo di trasmissione della mularia, poichè venendo fuori dal suolo trasportavano seco l'agente specifico.

Sulla difesa dell'organismo centro la penetraz ene del velene difterice attraverse i' intestine. - Alessi ha sperimentato sopra animali sani e sopra altri il cui tubo digerente era stato posto in con lisioni patologiche, il modo di comportarsi della tossina difterica. Dai molteplici e svariati esperimenti dell'autore rigulta che: la tossina difterica ingerita a mucosa gastro-enterica sana in dosi rilevanti (10-100 cc.) viene rapidamente assorbita e non produce nell'organismo disturbi apprezzabili, all'infuori di una transitoria diminuzione del peso del corpo.

Questa mancata asione della tossina non sarebbe dovuta nè al contenuto gastro-intestinale, nè ad una funzione antitossica del fegato, nè nello impedimento meccanico opposto dalla mucosa, nè a ritenzione o fissazione della tossina nella mucosa; invece il fatto pare dovuto all'attività biologica degli epitelii; per vero alterando la maniera ordinaria di essere delle cellule epiteliali, cessa la difesa naturale della mucosa contro le tossine.

Da ultimo l'autora potè constatare che l'assorbimento per la via enterica e per una sola volta, di dosi anche considerevoli di tossina (10-100 cc.) non ha effetto immunizzante sull'organismo.

Influenza della cettura sulle caral infette. Fiore ha sperimentalmente voluto constatare quanta e quale azione abbia il comune grado di cottura delle carni quando queste sieno infette.

L'autore si è servito delle spore di carbonchio; inoculò animali con prodotti carbonchiosi e ne sottopose la carne infetta ai differenti processi di cottura (arrosto a fuoco, arrosto a forno bollito, carne in umido).

Egli ha potuto stabilire: che la bollitura prolungata della carne è il modo di cottura più adatto per la completa distruzione dei germi patogeni in essa contenuti, sia bacilli che spore; l'arrostitura diretta sul fuoco o nel forno tauto zione delle forme bacillari; il metodo di cottura della carne in umido non esercita alcuna influenza nè sulle spore, nè sui bacilli.

Trasmissibilità del carbonchie per mezze delle pelli e del cuelc. Griglio fermando l'attenzione sul fatto che coloro che sono addetti alla lavorazione od al trasporto dei cuoi vanno frequentemente soggetti alla carbonchiosi, si é servito di pelli di animali morti di carbonchio per vedere quale è la ragione di tal fatto.

E l'autore ha veduto che i comuni processi ai quali si sottopongono i cuoi per manifatturarli non valgano a rendesli innocui se questi apparten-

gano ad animali carbonchiosi.

In fatti il disseccamento prolungato delle pelli carbonchiose, ancora che queste vengano subito abbendantemente salate, non ne distrugge la infettività; l'immersione nell'acqua di calce, delle pelli disseccate, come si usa nelle concerie e la successiva raschiatura non ne diminuiscono la virulenza: il tannaggio (comunemente usato nella poltiglia di sommacco) non distrugge, nè attenua tutti i germi carbonchiosi contenuti nelle pelli e per ciò il cuoio ottenuto da animali carbonchiosi può ancora, con una certa facilità, trasmettere il carbonchio.

Della penetrazione del batterii pategeni a traverso l'intestine. Simonoini da una serie di numerosi e svariati esperimenti eseguiti per vedere, se ed in quali condizioni, i batterii pategeni, attraversando le pareti intestinali, possono produrre una infezione generalizzata ha constatato che: i batterii pategeni (carbonchio, edema maligno, tifo, stafilococco piogeno albo) introdotti per la via gastro-enterica, anche in grandi quantità, in animali sani e suscettibilissimi verso le rispettive infezioni non esercitzno alcuna influenza pategena. Fanno eccezione le sole spore del carbonchio le quali, ingerite in grande quantità, producono costantemente la infezione carbonchiosa generale.

L'acidità gastrica non ha alcuna azione sul fatto in parola, però, in peculiari condizioni, pare possa coadinvere nella autodifesa l'organismo contro l'invasione enterica.

Questa protezione naturale persiste nella maggior parte dei casi anche quando i poteri fisiolegici dell'organisme vengamo disturbati fine ad

un grado di azione sub letale.

Le eccezioni a questa regola sono rappresentate dai seguenti casi: l'azione prolungata del freddo secco vince in una discreta proporzione (88.80%) la resistenza nella parete intestinale di fronte ai bacilli del carbonchio; l'azione prolungata del freddo umido la vince in tutti i casi pel bacillo carbonchioso e per le sue spore somministrate in discreta quantità; in 114 dei casi pel bacillo tifico; le iniezioni endovenose di cloralio idrato a dose sub-letale determinano sempre nei conigli l'infezione carbonchiosa tanto con i bacilli che con le spore ingerite in discreta quantità.

Sul valere untritive di alonsi pretesi succedanei del latte, Simonoisi dalla determinazione delle sostanse asotate contenute nella farina lattea italiana, in quella lattea svissera di N e s t lè e nella cioccolatta al latte in polvere della fabbrica Locate Triulsi e dalla determinazione del grado di assimilabilità delle sostanse azotate in queste contenute, ha desunto che nessuno di questi succedanei proposti sostituisce il latte; tutti contengono scarsa copia di sostanze azotate, benchè in grado diverso; quella che ne contiene alquanto più è la cioccolatta al latte, la quale è anche più assimilabile delle altre.

Da ultimo l'autore richiama l'attenzione sul fatto che, nè la preparazione, nè la sonservazione commerciale di dette sostanze sono tali da garentirle convenientemente dall'inquinamento con germi batterici; ciò costituisce un serio pericolo, specie pei bambini in tenera età.

Entamocha heminis seu amecha celi (Lõcch) Cacagrandi e Barbagallo, dopo aver fatto la storia degli studi numerosi fatti sull'amocha del colon-passemo a parlare della frequenza delle amebe nelle fecce di individui sani od enteropatici.

Distinguone le amebe del colon in a. non incistate ed in a. incistate, mettendone in avidenza le varie fasi per ciascuna specie e le loro

proprietà biologiche a morfologiche.

Gli autori portano il loro contributo di osservazioni ed affermano che le differenze tra le varie amelie messe araccii dal Qui i nicha a dal Roos sono assolutamente efimere. L'amelie di vive nell'intestino dell'uomo è quivi rappresentata da una sola forma di ameba.

Si trova incistata quando le fecce sone consistenti, non incistata quando queste sono liquide. La forma dell'ameba dipende da condizioni sva-

riate (ambiente, nutrimento, ecc.).

Quando le fecce sono liquide, l'ameba si riproduce per scissione; quando sono solide l'ameba incistata esce con le fecce e poi, ritornando a caso nell'intestino dell'uomo, scoppia generando tante amebe per quante furono le parti in cui il nucleo era segmentato.

L'amoeba coli non è capace di vivere fuori lo organismo umano che solo quando è incistata. Finalmente l'amoeba coli non è patogena; lo dimostrano i fatti clinici, gli esperimenti sugli animali e la mancanza di legioni anatomo-patologiche.

L'ameba del colon, secondo gli autori, vive nell'intestino umano selo a spese di detriti e mai a spese di elementi fissi, sani, di qualsiasi delle tuniche intestinali.

E' quindi un nostro commensale, anzi utile commensale, peiche sembra che, nei processi intestinali (e specie in quelli disenterici) catacoline, fino ad un certo punto, l'azione dei batterii in modo da impedire che questi esercitino rapidamente la loro azione distruttrice e da dare al processo un decorso subacuto, indipendentemente dal suo esito letale o non.

Nacciarone

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Sommano. — 1. Questioni scientifiche del giorno. Alterasioni della midolla essea n·lle infesioni stafilococchiche. — 2. Lavori originali. Ospedale Incurabili di Napoli. (Clinica medica del prof. A. Biondi). (Contributo allo studio della corea cronica progressiva, pel dott. Giuseppe Villani. — 3. Bassegna della stampa. Biviste speciali. — 4. Dermatologia — 5. Notisie.

QUESTIONI SCIENTIFICHE DEL GIORNO

Alterazioni della midella essea nelle infezioni stafileeocehiehe

Più volte è stato intrapreso lo studio delle modificazioni del sangue nelle malattie infettive; si è messo in evidenza l'alterazione chimica di questo tessuto, si sono accuratamente descritte le variazioni degli elementi configurati e specialmente le modifiche qualitative e quantitative dei leucociti e delle emssie, l'apparizione dei globuli rossi nucleati. Fra questi disturbi, alcuni forse dipendono da un'asione diretta delle tessine microbiche sul sangue; ma la maggior parte, sensa dubbio, sono in rapporto con una serie di modificazioni viscerali.

Il sangue è una produsione di origine cellulare e quindi le sue variazioni fanno supporre alterazioni degli organi deputati a dargli la costituzione chimica o a fornirgli gli elementi configurati.

E' quindi naturalissimo che si vada ad osservare quel che accade, durante una infezione, negli organi emopoietici: milza, giandule linfatiche, midolla delle ossa.

I pochi osservatori che hanno studiato la midolla ossea, hanno ottenuto risultati discordanti; ciò senza dubbio dipende dalla cattiva via seguita nelle ricerche.

Quando si vogliono mettere in evidenza le alterazioni di un organo o di un tessuto, s' incomincia a stabilire prima la sua istologia normale topografica e poi quella patologica; con ingrandimenti sempre maggiori bisogna sforzarsi di mettere progressivamente in evidenza le modifiche sopraggiunte nella struttura del tessuto, cioè i rapporti reciproci delle parti costituenti : poi ai ricerca la distribusione delle lesioni; finalmente si descrivono le alterazioni cellulari plù fine. Per la midolla si è seguito un metodo in-Verso: si è operato come se si trattasse di una massa informe di cellule e non di un tessuto perfettamente organizzato; lasciando da parte le diverse parti costituenti si è cercato di descrivere i mutamenti che subisce la forma delle cellule, le modifiche del loro protoplasma, le variasioni della loro affinità per le sostanze coloranti, Questi dati, per interessanti che vieno, sono molto

meno importanti dello studio dei mutamenti sopraggiunti nel numero delle diverse specia di cellule, nei loro rapporti reciproci, nelle modifiche delle fibrille o le alterazioni dei vasi.

Studiando la midolla col metodo dei tagli, Roger e Josuè hun potuto riconoscere che l'infezione stafilococchica determina modifiche molto profonde e specialmente un aumento del numero degli elementi cellulari. Questo fatto è tanto evidente che è al di sopra di qualsiasi discussione. Ove l'interpretazione diventa più delicata, è quando bisogna determinare su quale varietà di cellule cada la proliferazione.

Rogere Josuè, in un loro lavorosperimentale, hanno messo in evidenza le modifiche incontestabili che trasformano completamente l'istologia topografica della midolla ossea. La tecnica da essi adoperata, è quella usata generalmente per lo studio istelogico dei tessuti (*Presse mèd.* n. 21. 1897).

Obsorre solamente usare molte precauzioni per cacciare la midolla dai suo astuccio osseo.

L'animale è ucciso per sezione del bulbo. Sabito si tolgono il femore e la tibia; mercè una pinza tagliente, che si applica sulla diafisi (quasi parallelamente al suo grande asse), si fa saltare una lamella cessa. Si ingrandisce con cura la breccia così fatta; poi si tagliano, li ove certamente non ti fu alcuna lesione, sezioni di midolla; queste si staccano delicatamente e si immergono nel liquido di Fiemming: Bopo 24 ore si lavano in acqua, si passano in alcool, xilolo, parafina; poi si fanno tagli sottili, perpendicolari al gvande asse della midolla. I tagli, liberati della parafina con xilolo, si colorano alla safranina o, successivamente, con eosina ed emateina; indi si umentano in balsamo.

Le ricerche eseguite dai predetti sperimentatori, caddere su conigli adulti, grassi, per esser sicuri di avere midollo a tipo adiposo.

Gli animali adoperati furono tatti uccisi e furono scartati quelli morti spontaneamente, per evitare qualsiasi alterazione di ordine cadaverico.

Per rendersi conto della struttura della midolla ossea, bisogna guardare un taglio che ne comprenda tutta la larghessa, fatto in un punto lontano dal forame nutritisio dell'osso. Ed allora su questo taglio si possono distinguere tre zone: una centrale, rappresentata dall' arteria principale, a pareti spesse, inguainata (nei 814 della sua circonferenza) da un ampio seno sanguigno; una zona corticale, formata da un tessuto a fibre strette, fra le quali sono disseminate numerose cellule; una sona media che costituisce il tessuto midollare propriamente detto. Questa zona media risulta da una rete di fibrille esilissime che si anastomissano in guisa da circoscrivere larghe areole tondeggianti o poligonali. Gli spanii così delimitati sono pieni di grasso.

Nei punti ove le fibrille s' incrociano, si trova un ammasso di 4-5 cellule ed in certi punti, specie verso le parti corticali, si possono vedere una trentina di cellule raggrupparsi in guisa da formare una striscia che si stende tra due punti nodosi.

Ad ingrandimenti maggiori, si constata che le fibre le quali con le loro anastomosi formano il reticolo della midolla, sono costituite dall'accollamento d'un certo numero di fibrille estremamente sottili, nel cui intervallo si trovano allogate le cellule le quali spesso sono circondate da un poco di materia amorfa e sono sempre tenute strette fra le fibrille; esse sono quindi separate dal tessuto grassoso.

Nella sona corticale, le fibrille più serrate, circoscrivono piccole cavità, alcune riempiute da sostanza amorfa, altre da 1 o 2 cellule.

Sulle diverse parti della midolla, la topografia è analoga ; ma , esaminando i tagli vicini o in corrispondenza del forame nutritivo dell'osso, si vede che il gran seno abbandona la posizione centrale e si dirige verso la periferia per guadagnare la sona corticale e continuarsi con la vena midollare efferente. In tale punto l'arteria centrale si accosta anch' essa alla periferia, ma, contemporaneamente si libera dal seno; i due vasi diventano allora indipendenti. Oltre dell'arteria principale, sulla maggior parte dei tagli si osservano 6 a 7 arteriole secondarie le quali camminano paralielamente al grande asse della midolla e prendono una direzione lievemente obliqua. Talvolta una di queste arteriole è circondata da un piccolo seno che forma quasi una guaina incompleta.

La disposizione dei capillari è più difficile a precisare; nella spessenza delle fibrile si constata la presenza di emagie che sono riunite in masse, ma che sembrano piuttosto situate in lacune che in vari capillari.

Sui tagli trattati alla safranina, le cellule della midolla si presentano sotto 8 differenti aspetti: si notano piccole cellule arrotondate e colorate uniformemente; cellule più voluminose, arrotondete od ovalari, a protoplasma granuloso, con nucleo ora rotondo, ora a spirale; finalmente cellule giganti (mieloplassi di Robin) riconoscibili pel volume e pei caratteri del nucleo.

Per avere particolari più precisi sulla natura delle cellule, bisogna ricorrere alla doppia colorazione (cosina ed emateina).

Ed allora si possono distinguere:

piccole cellule rotonde, il cui nucleo è grosso quasi quanto la cavità cellulare, uniformemente colorate in violetto (linfociti);

leucociti mononucleari, di media grandezza, a grosso nucleo centrale, rotondo, circondato da un sottile strato di protoplasma; leucociti pelinucleati eosinofili e con emazie nucleate, di volume molto vario, con protoplasma tinto in rosa e nucleo centrale violetto, a contorni male definiti:

cellule giganti triangolari od ovalari (che misurano dai 27 ai 40 µ), il cui protoplasma è colorato in rosa, spesso molto accentuato; il nucleo colorato fortemente in violetto, misura da 16 a 20 µ e può assumere tre diverse disposizioni (ora forma al centro della cellula una massa moriforme; ora resta spinto ad uno dei poli; ora infine è costituito dall'aggruppamento di 5 a 6 nuclei secondarii, meno colorati, disposti a ferro di cavallo o a corona);

cellule giganti grosse in media 24 µ, arrotondate, che sembrano costituite unicamente da un nucleo moriforme; finalmente, lungo lo stroma, si vedono un certo namero di cellule oblunghe, analoghe alle cellule fisse del connettivo.

Le differenti varietà di cellule midollari, sono distribuite e diffuse senza alcun ordine nella spessezza dello stroma, però in alcuni punti si vedono cellule della stessa specie, riunirsi in piscoli gruppi.

Bisogna, infine, notare, che vi sono esiandio altre forme di cellule intermediarie, che stabiliscono gradi di passaggio tra un tipo e l'altre.

Premessi questi pochi cenni sull'istologie e topografia normale della midolla ossea, sarà tacile vedere quali sieno le alterasioni patologiche indotte dallo stafilococco.

Inoculando ipodermicamente lo stafilococso aureo ad animali da gabinetto, se la cultura ha una virulenza media, si può facilmente seguire tutte le modifiche prodottesi nella midolla in seguito alla penetrazione di quello nel circolo.

Quarantott'ore dopo l'iniesione di 1 cc., la lesione locale incomincia (suppurazione). In questo momento la leucocitosi è al suo maximum; si trova, infatti, che i leucociti da 12 o 15 mila salgono a 80 o 40 mila per mmc.

Sacrificato l'animale, si constata che la midolla è rossa ed un pò diffiuente.

Su i tagli istologici si nota facilmente la struttura areolare normale, ma il tessuto è fortemente congesto; vi è abbondanza di globuli rossi; contemporaneamente si produce un aumento numerico delle cellule midollari, specie alla periferia.

Al 8º giorno, benche la leucocitosi sia lievemente diminuita, le modificazioni sono molto più accentuate e più estese.

Il gran seno è zeppo di cellule; l'aspetto areclare, nettamente designato alla periferia, è appena accentuato nelle parti centrali della zona media; le cellule hanno invaso tutto; esse formano una larga zolla, in cui si distingue appena qualche punto areolato, piccolissimo, che ricorda anecra la disposizione normale. Per studiare l'ulteriore evolusione del processo, B o g e r e J o s u è uccisero due conigli, uno al 5° e l'altro al 15° giorno dopo l'inoculazione.

Nel primo, la midolla era semplicemente costituita da cellule mescolate a globuli rossi ed accumulate in un gran numero in certi punti. Il tessuto era attraversato da fibrille molto inspessite ed anastomizzate in guisa da formare loculazioni piene di cellule: non vi era più traccia della normale disposizione, nè areole piene di grasso.

Nel secondo coniglio si vedeva in un certo modo la regressione del processo; come nell'animale precedente, le fibrille erano fortemente inspessite e circoscrivevano logge piene di cellula: in certi punti gli elementi cellulari erano disposti in guisa che, a primo acchito, si sarebbe potuto credere trattarsi di un acino glandulare; ma quello che differenziava questo preparato dal precedente era: che la congestione era cessata e le cellule erano meno numerose; in parecchi punti la disposizione normale tendeva a ricomparire: si notavano di nuovo areole piene di grasso, ma molto più piccole delle normali.

Sai preparati colorati all'ecsina ed all'emateina si potè constatare che la proliferazione cade su tutte le varietà di cellule; però certe forme predominano in dati momenti della evoluzione.

Al principio, cioè 48 ore dopo, abbondano le cellule eosinofile e le emasie nucleate; poi vengono i linfociti, che sono spesso più grossi che non allo stato normale: i leucociti mononucleati ed i neutrofili, non aumentano di numero; le cellule fisse conservano il lero aspetto normale.

Al 8º giorno i globuli rossi nucleati sono relativamente meno numerosi; il tessuto midollare è costituito da cellule ecsinofile e linfociti. In periodi più inoltrati, le cellule ecsinofile sono meno abbondanti mentre le neutrofile sono più numerose; le cellule fisse, da questo momento scompaiono completamente.

Nello stesso tempo che aumentano di numero, le cellule aumentano spesso di diametro; al principio i linfociti sono più grossi del normale, ma solo a periodo inoltrato si trovano cellule voluminose; al 5° ed al 15° giorno si vede un gran numero di cellule eosinofile di dimensioni enormi ed anche cellule neutrofile molto ingrandite.

L'aumento in volume è anche più notevole quando si studiano le cellule giganti, le quali proliferano in consideravole proporzione.

Queste cambiano forma, talora presentano nucleo frammentato, talvolta questo, più non esiste e la cellula non è costituita che da una massa uniformemente rosea.

Il nucleo, talvolta, presenta vacuoli, ma questi più spesso si osservano nel protoplasma. Si vedono anche figure che possono esser considerate come cellule giganti che abbiano inclusa una più piccola; spesso è un semplice frammento di cellula che si trova incluso in un vacuolo.

Qualunque ne sia la forma, le cellule giganti sono voluminosissime: quelle ovulari talvolta raggiungono la dimensione di 85×40 µ!

Tali sono le modificazioni cellulari che si osservano nella midolla, in seguito ad una inoculazione ipodermica di stafilococco.

Il processo, come ei vede, è assai semplice : tutti gli elementi cellulari aumentano di numero ed anche di volume; essi finiscono per costituire la totalità del tessuto midollare ed il loro sviluppo ha come conseguenza necessaria la scomparsa del grasso. L'elemento inerte (che forma, allo stato normale, od a quello di riposo, la maggior parte del tessuto) cede il posto agli elementi attivi.

Però, contrariamente a quanto avrebbe potuto far supporre lo sviluppo tanto notevole delle cellule, si trovano scarsissime forme cariocinetiche.

Quando lo stafilococco aureo é introdotto direttamente nel sangue (per via di una vena) esso provoca medificasioni un pò differenti da quelle che producono le inoculazioni ipodermiche. Il processo, però, è molto più rapido; dopo 24 ore le cellule sono già abbondantissime.

Tutte le varietà aumentano di numero; pare però che i leucociti menonucleati prendano il sopravvento; i globuli rossi nucleati sono relativamente scarsi.

Al 8º giorno (epoca in cui l'animale muore) l'aspetto delle cellule è lo stesso: sono sempre i leucociti mononucleati quelli che dominano, poi vengono i neutrofili.

Quanto alle cellule giganti, esse sono numerosissime e molto grandi; fin dal 8º giorno esse presentano vacuoli e includono piccole cellule che esse hanno ravvolte.

Finalmente, e ciò prova con quale rapidità si evolva il processo, al terzo giorno si trova uno inepessimento, soventi consideravole, delle fibrille del tessuto.

Per quale meccanismo si producono le modificazioni della midolla e quale è l'importanza ed il significato di esse?

Rogere Josuè, da alcune considerazioni e ragionamenti desunti da esperienze apposite, opinano che i prodotti stafilococchici hanno la potenza di rendere la midolla iperattiva; così si spiega il grave risentimento che provoca nel tessuto midollare una suppurazione anche circoscritta.

E' questo un ecempio dei più evidenti della sinergia esistente (in patologia come in fisiologia) tra le diverse parti dell'organismo.

Non è solamente nelle infesioni stafilococchiche, che si osservano trasformazioni della midolla ossea; gli stessi fenomeni si riproducono, in grado diverso, nella maggior parte delle infezioni, se non in tutte; essi sono analoghi a quelli che si determinano nelle ghiandole vascolari sanguigne: allo stesso modo che nelle malattie infet tive si ha una aplenomegalia, si può avere una mielo-megalia.

Fra le modifiche sopra notate, solo alcune possono considerarsi come lesioni: queste sono per es., gl'inspessimenti delle fibrille e le degenerazioni protoplasmatiche o nucleari di certe cellule. Ma il fenomezo primordiale ha tutt'altro significato.

In, fatti le nozioni che attualmente possediamo circa la fisiologia della midolla ossea, devono farci supporre che l'ipergenesi cellulare ha per risultato di mettere in circolo un numero di leucociti maggiore; così si spiega il meccanismo della leucocitosi tanto frequente nelle infezioni e che precede, accompagna ed esplica la produtzione dei focolai purulenti. I corpuscoli del pus provengono (almeno in parte) dai leucociti usciti per diapedesi dai vasi.

Dopo i lavori eseguiti circa la fagocitosi ei dă iun maggiore interesse allo studio dei leucociti; si intravede adunque l'importanza dei fenomeni sopra descritti: assicurando la leucocitosi la mit dolla assicura la fagocitosi; dunque disimpegna un'azione protettiva di capitale importanza.

Le ricerche del Roger e del Josuè possono ancora servire a spiegare certi fenomeni che sopraggiungono durante il corso od in seguito ad una infexione esserendono conto dei dolori ossei di cui si lagnano talvolta gli infermi e spiegano con qual meccanismo si produca l'allungamento notevolissimo che si osserva tanto spesso nella convalescenza delle malattie infettive.

Nacciarone

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE INCURABILI DI NAFOLI, (Clinica medica del prof. A. BIONDI) — CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA COREA CRONICA PROGRESSIVA, pel dott. GIUSEPPE VILLARI.

(Continuas.—Vedi num. prec.)

E poiche nella sua mente non si fissavano bene le impressioni di tutto ciò che avveniva intorno a lui,egli non poteva neanche conservarne le immagini o la rimembranza. «Non sembra evidente», diceva Bain fin dal 1855, «che la ritenzione d'una idea (immagine) nello spirito sia l'opera di muscoli volontarii». E pure, come vi ha un elemento muscolare nelle nostre sinsazioni, specie in quelle d'ordine più elevato, cesì questo elemento dewe,

in una maniera o in un'altra, troyare il suo posto nella sensasione ideale, nel ricordo. Da quall'epoca la questione della natura delle immagini è stata studiata seriamente e con frutto, e risoluta nel medesimo senso. Mentre che, per la maggior parte degli antichi psicologi, l'immagine era una sorta di fantasma, senza sede determinata, esistente nell' « anima », differente dalla percezione non in grado ma in natura, rassomigliandole tutto al più come un ritratto somiglia all'originale; per la psicologia fisiologica tra la percezione, e l'immagine vi è identità di natura, identità di sede e solamente differenza di grado. L' immagine non è una fotografia, ma una rivivescenza degli elementi sensoriali e motorii che hanno costituito la percezione.

E ciò resta vero, sia qual si voglia la spiegazione che si accetti per interpetrare la maniera come sia possibile la ripetizione delle immagini nell'assenza stessa degli oggetti. Sarebbe anzi meglio convenire con Fouillée (1), che sutte le esplicazioni a tal uopo proposte contengono una parte di verità, e che tanto la disposizione a funzionare di cui parla Wundt (2), quante le associazioni dinamiche su cui si ferma il Ribot (8), come pure quel che i fisiologi contemporanei chiamano i residui, tutto ciò non è altro che modificazioni di struttura che subisce il cervello, e queste modificazioni non sono altro che le tracce lasciate dal movimento stesso in quest'organo, dal movimento che ha avuto luogo quando vi si è impressa la sensazione, o un'amozione, o un pensiero qualsiasi. « Ed infatti », osserva profondamente il Fouillée, «la traccia d'un movimento e, in generale, ogni forma non è es a stessa una combinazione di movimenti invisibili che persiste assumendo certi disegni costauti e la cui immobilità apparente è fatta di mobilità, come la nostra costanza, secondo la Rochefoucauld, è fatta d'incostanza?..... Dal punto di vista dunque fisiologico, organizzazione e memoria sono una sola e identica cosa, poiche ogni organizzazione è un sistema naturale di movimenti, aventi per risaltato una forma determinata che nella coscienza potrà trarre un' idea, un' immagine determinata ».

Ora tale organizzazione delle nuove sensasio-

⁽¹⁾ Fouillée.—Psychologie des idées—forces. Val. I, pag. 188 e seguenti.

⁽²⁾ Wundt.—Grundsüge der physiologischen Paychologie; pag. 791.

⁽⁸⁾ E i bot.—Les maladies de la memoire; 10 èditios, 1896, pag. 14 e seguenti.

ni, delle nucye impressioni non può ben farsi nella mente di un coreico ridotto alla condizione cui era giunto il nostro infermo: in lui le sensazioni si seguivano in una maniera vaga ed indeterminata, senza che si convertissero in percezioni distinte, poiche gli elementi motorii proprii della percesione vecivano turbati nel compiersi da quell' inframmettersi ripetuto ed intempestivo delle gesticolazioni coreiche, e l'onda ne vosa non poteva localizzarsi e restringersi, divenendo così più intensa e più diretta (1). Le impressioni quindi, le immagini erano mal fissate negli elementi nervosi, e per conseguenza debolmente associate tra loro, difficilmente rievocabili dalla memoria; noi, dunque, non potevamo maravigliarci che anche questa fosse considerevolmente diminuita.

Ma tanto più le facoltà della sua intelligenza si erano indebolite, perchè egli non poteva per meszo della volontà far cessare, neppure per un istante, i movimenti coreici. Noi non sappiamo se a principio, quando la sua malattia era ancora all' inizio, egli avesse potuto, almeno per poco, frenare quei movimenti per compiere un atto in tenzionale qualunque, come suole appunto riscontrarsi in quest' infermi per testimonianza concorde di tutti gli osservatori. Lanno i s, lo si sa attribuis e ansi a questa sospensione dei movimenti coreici per l'azione della volontà, l'importanza d'un segno patognomonico: essa sarebbe, a suo dire, caratteristica della corea cronica, poichè tale particolarità non si riscontrerebbe nella corea infantile; tutti coloro che hanno voluto innalzare la corea cronica all'entità d'una melattia autonoma, ben distaccata dalla corea volgare, con aspetto e caratteri proprii, si sono molto fermati sulle modalità d'un tal sintoma per farne rilevare il valore diagnostico e nosografico. Noi siamo qui tratti, per conseguenza, ad investigare, nel miglior modo che ci sarà possibile, quanta è in fatto la forza della volontà che rimane ancora ai corcici; ma, a far ciò, sarà meglio, innanzi tutto, tentar di ricercare qual è il concetto che noi possiamo farci, in generale, della malattia.

Ciò che sembra evidente traspaia dalla patologia della corea, è che i centri motorii del sistema nervoso hanno un'attività morbosamente aumentata: essi agiscono per conto proprio, indipendentemente dai bisogni e dalle necessità richieste dal consorsio di tutti i centri cerebrali insieme riuniti.

Questo consorsio, perchè si regga bene, perchè la sua funzione sia regolare ed opportuna, ha delle leggi a cui ciascun gruppo di cellule deve sottostare, altrimenti l'equilibrio, l'accordo comune va perduto.

Tali leggi richiedono che la quantità dell'energia nervosa disponibile, possa distribuirsi in una maniera variabile da un momento all'altro tra i diversi centri cerebrali. E' in questo passaggio dell'attività nervosa da un punto all'altro di tutto il sistema, in questo succedersi del lavoro nei diversi gruppi cellulari, che sta riposta la funzione normale del complicato meccanismo nervoso.

Ciò potrebbe paragonarsi al fenomeno elettrico che si chiama l'aurora boreale, dove l'equilibrio tra l'elettricità terrestre e quella delle particelle ghiacciate dell'atmosfera è seusa tregua rotto e ristabilito, dove le indusioni elettriche sono perpetue, in maniera da produrre delle irradiazioni su dei punti continuamente cangianti : i raggi luminosi che sampillano successivamente l'uno qui, l'altro lì, sono prodotti da una causa comune, dalla tensione generale, la quale si scarica successivamente ora in un punto ora in un altro. Ma quando l'eccitazione di certi centri acquista un' intensità smodata, eccessiva, e questa eccitazione persiste in essi senza trasmettersi successivamente, con ugual vigoria, agli altri centri nervosi, l'eccitabilità di questi ultimi ne resterà alla fine di molto attenuata e diminuita. « Se noi consideriamo », dice Franck, « il funzionamento normale del sistema nervoso, noi constatiamo che esiste un equilibrio necessario tra i differenti apparecchi di questo sistema. Noi sappiamo che questo equilibrio può essere rotto per la predominanza anormale di certi centri, i quali sembrano rivolgere a loro profitto una parte assai grande dell'attività nervosa; • però il funzionamento degli altri centri ci apparisce turbato..... Vi sono leggi generali che presiedono alla ripartizione dell'attività nervosa nei differenti punti del sistema, come vi ha delle leggi meccaniche che governano la circolazione del sangue nel sistema vascolare: se una grande perturbazione sopravviene in un dipartimento vascolare importante, l'effetto non può non essere risentito in tutti gli altri punți del sistema. Queste leggi d'idro-dinamica noi possiamo coglierle e stabilirle, percha il fluido in circolazione ci 🌢 accessibile, e perchè noi conosciamo le proprietà dei vasi che lo contengono, gli effetti dell' elasticità, quelli della contrazione muscolare, ecc.

⁽¹⁾ Vadi Sergi.—Teoria fisiologica della percezione, cap. XII., 216.

Ma le leggi della ripartizione dell' attività nervosa, di questa sorta di circolazione di ciò che si chiama il fluido nervoso, chi le conosce? Noi constatiamo solamente gli effetti delle rotture d'equilibrio dell'attività nervosa...... Noi non possiamo che notare la produzione di questi disturbi, tenendo conto delle condizioni che li accompagnano. » Non vi è in somma, che un certo capitale nervoso e psichico disponibile; se esso è accaparrato per una funzione, ciò accade a detrimento delle altre: noi potremmo chiamar questa, la legge della correlazione o dell'antagonismo fisiologico.

Quando noi, intanto, consideriamo quel che accade nel coreico, noi ci accorgiamo che una gran parte dell'attività nervosa è sprecata dai suoi centri motorii, per compiere dei movimenti anormali, patologici. Ma da che proviene quest'alterata funzione dei centri motorii?

Bisogna ammettere che in ciascuna cellula motoria vi siano due tendenze, che nello stato normale si fanno equilibrio: una tendenza ad agire, un'altra ad impedire questo movimento.

E' solo quando queste due tendense agiscono controllandosi a vicenda e non permettendo mai che ciascuna di esse pigli il sopravvento, che il movimento che ne parte è adatto, corrispondente allo scope richiesto dall' equilibrio generale dei centri nervosi tra di loro. Noi, insomma, troviamo che vi ha da essere equilibrio fin nel funsionamento singolo e particolare di ciascuna cellula, perchè vi possa essere equilibrio tra loro di tutte le cellule che costituiscono il complicato meccanismo nervoso. Ogni cellula motoria, dunque, ha come un potere impulsivo, così pure un potere inibitorio. Quest' ultimo non deve quindi attribuirsi assolutamente ed esclusivamente ad alcuni centri cerebrali, mentre gli altri ne sarebbero sprovveduti. Br o wn-8 é q u a r d ammette anzi, che la facoltà d'inibizione è posseduta anche da una porzione considerevole del sistema nervoso periferico. Ed infatti, secondo alcuni fisiologi, anche nei nervi si producono delle azioni motrici e delle azioni d'arresto. « Tatte le volte che si eccita un nervo», dice Beaunis, «si producono in questo nervo due sorta di modificasioni di senso contrario. Sia un nervo motore: vi sarà in questo nervo un'entrata in attività che si tradurrà per una scossa del muscolo; ma oltre a questo tenomeno, il quale è più apparente ed è stato per ciò meglio studiato, si produce uno stato contrario che tenderà ad ostacolare la scossa o ad impedire ch'essa si produca. In una esperienza di Wundt «quando si eccita un

nervo con una corrente costante, s produce allo ano le un'onda d'arresto, che si riconosce alla diminuzione d'eccitabilità del nervo e che si propaga entamente dai due lati dell'anode; nello stesso tempo si produce al catode un'onda d'eccitazione che si propaga dai due lati del catode. Un nervo eccitato si trova, quindi, percorso al tempo stesso da una onda d'arresto e da un'onda d'escitazione, e la sua eccitabilità non è che la risultante algebrica di queste due asioni contrarie ». Ogni eccitazione, dunque, determina nella sostanta nervosa due modificazioni, l'una positiva, l'altra negativa, una tendenza all'attività da una parte, e dall'altra parte una tendenza all'arresto di quest'attività; l'effetto finale non è che la risultante di queste azioni contrarie, per modo che ora predomina la impulsione, ora l'arresto. Allo stesso modo chenella fisi la molecolare si trovano le azioni contrarie dell'attrazione e della ripulsione, e nella fisica delle masse le azioni contrarie della gravitazione e dell'inerzia, così l'equilibrio mobile di ogni elemente nervoso dipende dagli effetti opposti della sorio e dell'inibizione. La corrente nervosa è certamente ondulatoria: due correnti nervose (come due sogenti di luce o di suono) possono rinforsario produrre un' interferenza e neutralizzarsi. Du onde sonore possono produrre il silenzio; due onde luminose l'oscurità: l'inibisio le è anche il risultato di due movimenti che si neutralizzano, di due tendense contrarie che si ostacolano o si sunichilano. Le proprietà dell'azione e dell'inibizione si riducono quindi, infine, tutt'e dae a movimenti intimi che accadono nell'elemento nervoso: quando questo è in equilibrio completo, la carica e l'inibizione avvengono a tempo determinato e con leggi stabilite; il potere di cominciare, continuare o aumentare un movimento, sta allora in equilibrio col potere di sopprimere, interrompere o diminuire un movimento. Quando invece l'equilibrio manca, ora si può avere eccesso dell'azione con diminuita inibisione, ora al contrario inibizione aumentata con azione diminuita. Ed infatti, in certi casi di disturbi funzionali nervosi, noi abbiamo paralisi con incapacità della funzione, nel momento che questa richiesta e dovrebbe subito essere compiata; in altri casi abbiamo, al contrario, grande esagera. zione di movimenti, i quali si avverano disordinati, eccessivi ed in tempo inopportuno. Tra questi ultimi disturbi va annoverata la cores, nella quale i centri motorii non adattano la loro asione armonicamente con gli altri gruppi cel lulari, ma agiscono con insubordinazione.

E poiché la volontà non è un'entità imperativa, regnante in un mondo a parte e distinta dai suoi atti, ma invece l'espressione ultima d'una coordinazione gerarchica, d'una coordinazione con subordinazione tale che tutto converga verso un punto unico, lo scopo da conseguire, quando a questa coordinazione è sotttratto uno degli elementi più importanti, anche la volontà deve venir meno e illanguidire. Al certo nella corea cronica . e specie a principio della malattia, la sovreccitazione dei centri motorii non è nel maggior numero dei casi tanto grande, che la volontà, almeno per un po' di tempo, non possa comandare ad essi per compiere un determinato movimento con la massima coordinazione possibile. E pure a presso di quali sforzi, in qual maniera precaria ordinariamente essa può allora esercitarsi ! L'infermo vuol prendere, per esempio, un bicchiere o portare un cucchiaio alla bocca; ebbene, per questo semplicissimo scopo, egli ha bisogno d'impiegare tutta la energia nervosa di cui è capace. La forte tensione del suo sistema nervoso si rivela spesso in quei primi istanti per il grande aumento d'intensità che assumono le gesticolazioni coreiche. Sembrerebbe in quel primo periodo, che l'infermo raggiunga l'effetto opposto; ma ecco d' un tratto i movimenti cessano per poco nel braccio che deve compiere l'azione voluta, e questa rapidamente s'effettua. Ma durante questa vittoria riportata sulla malattia in un punto, si noti quel che accade nelle altre parti del corpo. Quivi abitualmente le gesticolazioni aumentano; esse divengono più ampie, e si ripetono a più brevi intervalli. E' un fenomeno di sincinesia, diceva Charcot che lo faceva spesso notare nelle sue lezioni del Martedi, e non lo si riscontra solo nella corea degli adulti, ma anche nella corea dei fanciulli. Quel fenomeno dimostra semplicemente che il sovrappiù d'energia che non viene speso in un punto, si manifesta in altre parti degli stessi centri motorii. L'esagerata attività di questi ultimi , se viene impedita di manifestarsi in un sito, produce negli altri delle scariche più energiche. La volontà resta per conseguenza sempre molto incerta, oscillante, e consegue effetti passeggeri; subito dopo i movimenti ritornano anche nell'arto che ha compiuto l'azione voluta.

A poco a poco, intanto, l'automatismo dei centri motorii può accrescersi in tal modo che essi non si fanno più dominare, neppure per un momento, dalla volontà; tale era l'esempio offertoci dal nostro infermo. Come in lui era venuta meno la facoltà di pensare, era venuta anche meno

quella del volere. Pensare infatti, è il cominciamento della volontà; entrambi vanno associati: quando l' uno vien meno, contemporaneamente l'altra s'indebolisce, fino a spegnersi interamente. Non è quindi esatto dire che il nostro infermo non poteva più dominare con la volontà, neppure per un istante, i movimenti coreici. In fondo egli aveva una volontà debole; egli non poteva volere fortemente e con speranza di riuscita. Quell'ardente voglia, ch'egli dimostrava, d'opporsi ai movimenti disordinati delle membra quando voleva compiere un atto intensionale, era una semplice illusione della sua coscienza, nè si doveva credere nelle sue parole, nei suoi sforzi apparenti. L'impulsione ch'egli aveva a frenare i movimenti coreici era, in fatti, molto al di sotto dell'intensità media, donde l'impossibilità di raggiungere lo scopo. Ed a misura che in questi casi la volontà diminuisce, viene meno, fino a scomparire interamente, la personalità, di cui la più alta espressione è appunto la volontà.

Per tal guisa tali infermi si possono ridurre, negli stati estremi della demensa, a non usare che i loro movimenti; questi sono l'unica loro manifestazione; si direbbe che la loro psiche è ridotta a quel lavorlo inutile e sensa scopo dei loro centri motori.

Ma a meglio svolgere il nostro concetto, non sarà inutile qualche raffronto: l'evidenza di certi principii risulta più grande da paragoni, da rapporti fatti opportunamente.

Gli studii moderni hanno dimostrato come vi siano, e più di quel che si creda, individui che, apparentemente sani, non hanno però sempre un equilibrio perfe to nel loro asse cerebrospinale: molto spesso accade in essi un' assenza di sinergia tra i diversi centri, la cui cooperasione si adatta, in tempi normali, ad oggetti determinati. Quosta assenza di sinergia, questo disturbo d'equilibrio s'esplica in questi individui con le cosiddette impulsioni ed ossessioni.La definizione cheidi queste da Magnan, è la seguente : « Ogni manifestazione cerebrale d'ordine intellettuale o affettivo, che s'impone alla coscienza, a dispetto degli sforzi della volontà, interrompendo così per qualche tempo o per intermittenza il corso regolare delle operazioni intellettuali, è un'ossessione. Ogni atto compiuto coscientemente, ma che non ha potuto essere inibito da una sforzo della volontà, è una impulsione ». L'impulsione è in somma all'atto, ciò che l'ossessione è all'idea: intrinsecamente sono però tutt' e due la stessa cosa. Charcot,

in fatti, se ne appellays, a questo riguardo, a quel che iugagnano Herbert Spancer e Bain: «Il pensiero d'un fatto é già questo fatto che si compie. Quando noi pensiamo al movimento d'estensione della mano, noi abbossismo di già ques o movimento, e se l'idea è abbastanza forte, noi l'esseguiamo ». Quella dunque che noi diciamo impulsione, atto impulsivo, non è che l'ultima consegnenza dell'idea «sesseiva, alla quals esso serve di conclusions. I due fenomeni sono uniti l'uno all'altro per la via peicologica che riunisce tra casi gli atti della vita cerebrale: • il pensiero che si trasforma in atto. è l'idea che si esteriorissa e prende una forma accessibile ai sensi. Ma nel tempo stesso che la mosione si sviluppa, c' è un atto volitivo che si esplica: avere l'idea dell'atto, volerlo, metterlo in esecusions sono tutt'uno.

Una volontà, quindi, si esplica nel momento dell'essessione e dell'impulsione, ma è la volontà di un determinato gruppo di cellule cerebrali . non la volontà risultante dal consorsio di tutte le altre callula cerabrali, che hanno anch' esse una volostà complessiva con stimuli proprii, con idee proprie, con tendense proprie, ad agire. Le due volontà vengono allora in lotte; se quel determinate gruppo di cellule cerebrali non è ancora arrivato ad un automatismo perfetto , non si è sottratto intgramente al controllo degli altri gruppi, è possibile che la volonta generale, complessiva, di questi ultimi, la vinca ancora , ma queste ordinariamento, dopo una resistenza che dura più o mano a lungo, si lascia abbattere, perchè in quall' istante è la meno forte; e quell'altra valontà distaccata, finisce cel prevalere, cell'esplicarsi definitivamente.

Io non so dunque comprendere, come Magnan, che ha studiato questi fenomeni con la maggiore accuratezza, non ammetta che essi avvengano per una deficienza momentanea e morbosa della volontà; no, egli dice, la quantità normale dell' energia volontaria è invece in tali individui di sovente decuplata nella lotta contro la sovrattività di alcuni centri. Egli non ha considerato come questi centri , lavorando eccessivamente, consumino per se una gran parte di energia nervesa; ciò che di quest'ultima rimane non è sufficiente per il funzionamento normale degli altri centri. Un' cosessione, infatti, un' impulsione che si produce, non può aver luogo sanza siterare le tensioni di tutte le altre parti: quando la tensione in un pueto è così sviluppata, negli altri deve essere assai diminuita. Ed

è parè che allora è la volontà d'un gruppe de s'impone, appunto perchè questo ha più energia; il resto ha meno entrgia, e per conseguenza anche meno volontà. Gli individui affe ti duque non vogliono, perchè non possoco. Melle paralisi della volontà, il non sapere, il non potere, il non volere, sono in realtà equivalenti. William P ag e ha espres o tale concet o in una maniera perfetta: «L'ammalato dioa spesso: io non posso; è come se dioesse: io non voglio; a siò significa semplicamente: io non posso volare.

E' appunto questo difetto di volontà che, penetrato nella coscienza dell' individuo, è la cuasa, credo io, di quella grande angietà, di quelle angoscia, da qui è preso l'infermo nel momente in cui l'ossessione comincia a delinearsinal cappo della sua coscienze. Keli senta che qual fenomeno diventerà a pogo a pogo irregistibile, che egli non ha la forsa sufficiente per vincerla sie nella lotta resterà perdente , perchè la sua 79lontà è debula e fiscas. Egli sente in sè m'altra volonta più energica, che s'ingalsa poissie e maestosa e riuso rà certamente a compienti suo intento. A quell'angietà corrispondoni agni di sofferenza fisica: la fronte si copradisdore, il polso s'accelera, il ouore baste videttmente, si manifestano talvolta dei dolori promdiali, un senso di costrizione alla fronte.

Ma il parosismo è vicino alla sua fins; l'ippulsione eta per compiere i suoi effetti; ed allera il corso normale delle operazioni intellettuali si può dire interrotto; tutto converge da quel late, dalla parte del centro sovracccitato; l'attensione ė diventata idea fissa, atto che dovra compiere inesorabilmente. Finalmente la scarica avviene, e l'individuo ne prova una grandissima soddisfazione (1). Che vuol dire questa soddistanione intensissime? Che in quegl' istanti l'individue è stato tutt' uno col suo centro sovrascritato; egli si è immedesimato con quest' ultimo ed ha goduto insieme con esso della gioia suprema che risulta dall'esecuzione di una cosa ardentemente desiderata. Tutto l'individuo allora ha ayuto la volontà di quel centro; ogni altra volontà si è ecclissata in quel momento; sembrerebbe cha il pensiero, l'azione, la volontà, la coediques sie se si sia tutta trasferita in quel centro, il quale stato in quegli istanti il padrone assoluto edub-

⁽¹⁾ Si noti che questa soddisfazione accompagna alche le impulsioni più pericolore e più micidiali, quali sono, per esempio, quelle a rubare, ad uccidere, a metter fuoco, e via disando.

bidito con soddisfazione generale dell'intero organismo.

Simili crisi però sono passeggere. Dopo che l'accesso di tensione che vi era in quel centro è scomparso, la volontà, la coscienza generale del meccanismo cerebrale riprende il suo vigore e i suoi diritti; essa contempla allora quel che è successo con dolore, qualche volta con spavento inenarrabile, con raccapriccio, a seconda l'atto compiuto. Tutta la sindrome ha in sè quel decorrere tumultuario, quell'aspetto caratteristicamente risaltante, che contraddistingue in generale le forme acute di qualunque processo.

Penomeni identici, sebbene con differenti sfumature, possono riscontrarsi nella cosiddetta malattia dei tic. Questi sono evidentemente manifestazione di una sovracccitazione di alcuni gruppi di cellule motorie, i quali si rendono di tratto in tratto indipendenti ed automatici. La volontà, almeno a principio, esercita su di essi, per un certo tratto, la sua influenza. L' individuo, può per qualche tempo impedire che il tic si produca; durante quell' intervallo egli riesce a padroneggiarsi; ma ben tosto la lotta diviene impossibile; bisogna ch'egli ceda. Più la resistenza ha durato, più ne viene la necessità di abbandonarsi all'imperioso comando di quei gruppi motorii che s' impongono irresistibilmente e vogliono essere ubbiditi. Ed allora il povere infermo che aveva con tutti i suoi sforsi tentato di conservare dinanzi agli altri il suo viso e il suo corpo impassibili, sentendo vicino il momento in cui sarà vinto dal bisogno morboso, corre via a nascondersi in un luogo il più che possibile recondito, e quivi alfine si da tu to in preda a dei movimenti assurdi ed inconcludenti: è una vera dissolutezza, una deboscia di atti, che per un certo tratto si seguovo incessantemente con la soddisfazione, direi anzi con la voluttà più spiccata di tutto intero l'organismo.

Ma non è qui il luogo di diffondersi di più su questo argomento. Io ho voluto solo cogliere la identità che vi è tra certi processi psichici in malattie che pur nesograficamente sono assai differenti; tale diversità non è però tale che qualche elemento di rassomiglianza non le uni sca, quando le si consideri da un punto di vista più alto e più sintetico. Già tra le stesse impulsioni, tra le diverse specie di tio, vi sono al cune, in cui i movimenti non sono più coordinati ad un' asione determinata, ad un fine logico e preciso, ma avvengono con tale disordine e sono talmente diffusi, che, mentre essi hanno

luogo, sembrerebbe di trovarsi innami ad un coreico. «Noi abbiamo conosciuto», dice M agnan «un' ammalata che si trovava obbligata in certi momenti, di esegnire ora con le braccia, ora con le gambe, ora con le une e con la altre dei movimenti più o meno incoerenti, e più o meno complicati». In quest'inferma l'automatismo dei centri motorii si produceva solo ad intervalli; la maggior parte del tempo, esso restava latente, e si rivelava solo quan lo una qualche causa venisse ad indebolire maggiormente il sistema nervoso, a turbarne ancora più l'equilibrio, per sè stesso assai instabile.

In altri casi l'esagerata tensione, la sovrattività dei centri motorii, può stabilirsi alle state permanente: noi ci troviamo allora di fronte ai coreici. Non più in questi la lotta angesciesa, i grandi fenomeni emozionali, tutti quei fatti che dipendono dal parosismo e sono a questo inerenti. La malattia ha in sè un aspetto e un decorrere calmi; essa principia lentamente e con sintomi così leggeri che l'infermo a tutta prima non se ne accorge neppure; le gesticolazioni però, una volta incominciate, diventano abituali e tendono a ripetersi continuamente qua e là in tutto il corpo. Ma già quando facciamo lo studio di quei movimenti, riguardo al sito dove essi ordinariamente cominciano; alla recajano che leso oppone l'infermo, quando se ne accorge, in quei primi p riodi dal male; alla maniera come poi quelle gesticolazioni si diffondono e s'aggravano, noi ne ricaviamo della noto che possono esserci di molto istruttive. (continua)

DERMATOLOGIA

Sulle indurazioni entanes delle mani e del piedi in discendenti d'individui gettesi. Hutchineon ha cest rvato molti casi di tal genere. La indurazioni, oltrechè nelle mani e nei piedi, possono prodursi anche in altre parti del corpo.

Esse sono il risultato d'uno speciale processo flogistico; ma i sintomi infiammasprii si dileguano prontamente, e restano allora semplici indurazioni fibroidi, semplici ipertrofie di certi punti della pelle, senza alcuna concomitanza di flogosi o di congestione.

Le masse fibrose sono talvolta molto speque; esse interessano principalmente la pelle, ma possono anche implicare il tessuto conqettivo sottosutaneo. Dopo la cessazione dei fatti flogistici
iniziali, le indurazioni non sono sede di dolora,
nè spontaneamente, nè alla pressione.

In certi casi, nei quali si è aseggita l'escia-

sione di grosse indurazioni, non si è avuto alcun accenno di recidiva.

L'autore accenna ad un caso, nel quale si era fatta la diagnosi di sarcoma multiplo, e per ciò una prognosi molto sinistra. Ma il decorso ulteriore dell'affezione dimostrò che si trattava, invece, di semplici indurazioni cutanee d'origine gottosa, come l'autore aveva opinato sin dal principio, tenendo conto dell'elemento ereditario, del modo d'iniziarsi della malattia, e della grande somiglianza con casi precedentemente osservati.

Talvolta le indurazioni esistono soltanto sulle mani; tal'altra, sulle mani e sui piedi; in altri casi, anche sulla superficie estensoria dei gomiti e delle ginocchia, sulle orecchie, e via dicendo.

Il decorso presenta varietà abbastanza grandi, nei diversi casi. Per lo più lo sviluppo delle indurazioni è piuttosto rapido. Quando poi esse hanno raggiunto il loro massimo volume, può accadere, o che regrediscano prontamente, fino a scomparire del tutto in breve tempo o che regrediscano più o meno lentamente, o che restino stazionario per anni, o anche per tutta la vita.

Quando gli indurimenti cutanei in discorso vanno soggetti a frequenti irritazioni, come può accadere specialmente nelle mani, avviene talvolta che essi, invece di regredire o di mantenersi stazionarii, aumentino sempre più di volume e d'estensione, rendendo molto deformi le parti affette (The Edimbourgh Mèdical Journal, marzo 1897).

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

« Revue de Mèdecine, n. 2, marzo 1897 ».

Sull'etisiogia del gezzo epidemice. Ferrier. — Una vera epidemia di gozzo è stata osservata dallo autore, che è medico militare, nel 75º reggimento di fanteria in Francia.

Il goszo acuto, sino a 107 casi nel corso di tre mesi, in quel solo reggimento, vi si svolse come una infesione diffusibilissima. La sua estensione non può spiegarsi che per il contagio diretto o per le cause ordinarie d'infesione.

L'ipotesi del contagio diretto è contrastata dall'assenza di contaminazione nella intiera popolazione di Romans, eve si svolsero i primi casi nel reggimento quivi di stanza. Nel periodo di stato o di spiccata tumefazione tiroidea, l'autore ha osservato nei malati dell'ospedale l'assenza di trasmissibilità.

D'altra parte, nella guarnigione di Romans non potette rinvenirsi alcuna delle cause abituali di infesione. Le diverse caserme erano nuove ed erano alimentate dalla identica acqua della città. La immunità di tutto il resto della popolazione non permette invocare il trasporto dell'agente produttore del gosso acuto a traverso l'aria.

Invece, la coincidensa delle marce-manovre con lo scoppio della epidemia, fa pensare al contagio possibile delle truppe, nel momento del loro passaggio a traverso focolai d'infesione, ove il gosso è endemico, come nel dipartimento della Dröme. Questa va d'accordo con l'estensione improvvisa dell'epidemia e con la sua limitazione esclusiva alla popolazione militare; tiene conto dei rapporti di ogni sorta, che esistono tra il gosso endemico ed il gosso epidemico; si spiega anche certe differenze cliniche tra le due varietà di gosso, in quanto che la retrocessione spesso rapida del gosso acuto sarebbe dovuta all'asione momentanea della causa morbigena.

Teeria rifiessa del tereicelle spassedies. R. Pauly. — Sin dal 1894, l'autore ha comparato lo spasse dei muscoli del collo al tic doloroso della faccia, ricordando che in questa malattia si ammette generalmente che il rifiesso ha il suo punto di partenza nei filetti periferici del trigemino, la sua via centripeta nel tronco di questo nervo e la sua via centrifuga nel nervo facciale.

Anche per il torcicollo spasmodico, può invocarsi un rifiesso, il cui punto di origine è uno dei nervi sensitivi del plesso cervicale e la via centrifuga è il nervo spinale, con diffusione possibile ad un dominio di un altro nervo, quale il facciale o le branche motrici dei nervi cervicali.

Del resto, non tutti i casi di torcicollo spasmodico sono uguali, ed in presenza di torcicollo spasmodico in un isterico od in un neurastenico, non potrebbe rifiutarsi la teoria di Brissaud del « torcicollo mencale ».

La teoria patogenetica, che attualmente sembra godere più favore, è la teoria corticale. Que rvain sopratutto ne è partigiano. Nondimeno, non può dimenticarsi che il centro corticale rotatorio del corpo, non ha ancora una esistenza ben dimostrata. Al proposito è nota semplicemente la osservazione clinica di emiplegie accompagnate da deviazione coniugata della testa e degli occhi. Or bene è eccesionale osservare la deviazione degli occhi nel torcicollo spasmodico.

Neppure dai risultati della cura proposta da Kocher può trarsi un argomento in favore della teoria corticale. Infatti, la sezione di tutti i muscoli colpiti da spasmo può agire diversamente da una suggestione potente del supposto centro corticale di rotazione.

La teoria dell'origine periferica del torcicollo spasmodico potrebbe suggerire qualche intervento operativo sui nervi sensitivi della regione cervicale. Del resto, anche un risultato negativo, come cura, sezionando le branche del plesso cervicale superficiale, non infirmerebbe la teoria, non altrimenti che la sezione del trigemino è lungi dal fare sparire sempre gli spasmi muscolari nel tio doloroso della faccia; eppure questa insufficienza terapeutica non è stata presa come argomento contrario a quella teoria riflessa.

E4 a proposito del parallelo col tic doloroso della faccia, si potrebbe obiettare che nel torcicollo spasmodico non vi sono dolori comparabili a quelli, che si notano nel dominio del trigemino nel tic doloroso della faccia. Ma non bisogna dimenticare che l'elemento doloroso è variabile nel torcicollo e possono osservarsi dolori così violenti e intollerabili come nel tic doloroso; ansi, spesso il torcicollo è preceduto, per alquanti mesi, da dolori nei movimenti del collo, e gli spasmi clonici appariscono dopo alquanto tempo dall'inisio di quei dolori.

L'autore termina questa sua nota, riferendo la storia clinica di uno dei malati da lui osservati.

Gentribate sperimentale alla patogenesi della malattia di Addie e a. E Beinet. — Circa la patogenesi della malattia di Addison, si trovano ancora di fronte, senza una conclusione definitiva, le due teorie: questa malattia è conseguenza di una insufficienza funzionale delle capsule surrenali, ovvero di un disordine profondo del sistema nervoso simpatico?

Già da tempo, numerose necroscopie hanno rilevato la presenza di lesioni ora nei ganglii se-milunari del simpatico (Lech, Hayem, Von Kalhen), ora nel grande splanonico (Raymond, Jürgens), ora nei rami del grande simpatico addominale (Greenkow), ora persino nel midollo spinale (Hayem, Demange, Semmola, Babès è Kalindero). Per ciò, Arnaud e Alesais, a preferensa, hanno insistito nel ritenere che le lesioni delle capsule surrenali, come, ad esempio, la loro tubercolosi, intanto possono presentarsi con la malattia di Addison, in quanto esse avrebbero per conseguenza un'alterazione dei gangli nervosi intrae pericapsulari, donde lesioni degenerative ascendenti del simpatico addominale e persino del midollo spinale. Per aversi questa degenerazione, non è necessario che la lesione iniziale risieda nei gangli pericapsulari; basta la nevrite dei rami simpatici afferenti, in qualunque punto essa si inizii. In una esperienza di Arnaud e Azela i s, la degenerazione del simpatico, a cammino ascendente e progressivo, avea raggiunto persino una parte del cordone laterale del midollo nel lato operato.

Le recenti ricerche di Boinet, esaminando istologicamente il grande simpatico addominale di 24 topi, morti per decapsulazione, hanno dato i risultati seguenti, dopo l'azione dell'acido osmico: rottura o semplice frammentazione del nervo simpatico, 8 volte; morte con degenerazione grassa e frammentazione, 6 volte; scomparsa del cilindrasse con degenerazione grassa, 2 volte; integrità cempleta del nervo, 8 volte. In quanto al midollo spinale, lo stesso Boinet, su 20 midolli di topi decapsulati, ha notato, 8 volte, alterazione degenerativa del cordone laterale. Essa coesisteva con atrofia della sostanza grigia, in un caso di legatura della capsula dello stesso lato. Il midollo spinale di un altro topo, a cui le due capsule erano state asportate e poi innestate nel peritoneo, presentava, dopo l'azione dell'acido osmico, una colorazione nera del cordone antero laterale, dei cordoni di Golle di Burdach. In

zona triangolare corrispondente alla sede della colonna di Klarke.

Le lesioni nervose, controllate così anche dalla ricerche sugli animali, spiegherebbero tutti i aintomi della malattia di Addison, la melanodermia, con pigmentazione nera anche delle mucose, l'astenia e i disordini gastro-enterici.

A proposito della melanodermia, Raymond e Gay hanno emesso una ipotesi ingegnosa. Essi ritengono che le cellule dermiche dette cromoblasti, così bene studiate nelle rane, nei polipi, ecc., immagazinerebbero il pigmento del nostro organismo e lo distribuirebbero sotto la influenza del sistema nervoso. Alla loro funzione presiederebbero nervi speciali, come si verifica per i cromoblasti delle rane.

Sicchè, nella malattia di Addison, la pigmentazione sarebbe effetto di un perturbamento apportato nella formazione e distribuzione del pigmento per irritazione del grande simpatico addominale, la quale si ripercuoterebbe per via rifiessa sui centri nervosi predisposti a quella funzione.

D'altro canto, tutta una serie di ricerche, a cominciare da quelle antiche di Brown-Sèquard (1856) a venire a queste recenti di Boinet, provano che la decapsulazione nei topi può produrre astenia e presenza di pigmento nero nel sangue ed in varii altri tessuti ed organi, sebbene non si sia mai riprodotta una vera melanodermia, tranne qualche po' d'infiltrasione nera nella cicatrice operatoria dei topi decapsulati. Dippiù, lo scapsulamento, quando è totale, nel senso di asportare anche le capsule surrenali accessorie, come Boinet ha dimostrato dal 1896, allora è seguito da aumento nella tossicità del sangue e dei singoli visceri. Questa ritenzione o produzione di sostanze tossiche, meglio della teoria nervosa, spiegherebbe il come e le convulsioni, che precedono così spesso la morte degli addiso-

Per ciò, secondo l'autore, la teoria della insufficienza capsulare e quella dell'alterazione del grande simpatico, che si contendono il campo per ispiegare la patogenesi della malattia di 🛦 d dison, contengono ciascuna un lato di verità, ma hanno il torto di volere essere esclusive. Nei casi di assenza o di integrità delle capsule non può invocarsi che la teoria nervosa, eppure la clinica, di accordo con la sperimentazione sugli animali, mena ad ammettere che la distruzione patologica o artificiale delle capsule, agisca, non solamente per la degenerazione ascendente e secondaria del grande simpatico e dei suoi ganglii, ma anche par la insufficienza capsulare. La soppressione della funzione capsulare favorisce la ritenzione nel sangue, nei visceri e nei muscoli, di prodotti tossici, che sembrano spiegare una certa influenza sia nella formazione del pigmento nel sangue, sia nella produzione el aumento dell'astenia.

ritoneo, presentava, dopo l'asione dell'acido osmi co, una colorazione nera del cordone antero laterale, dei cordoni di Golle di Burdach. In se l'urina normale contenga o non urobilina. Que altra midolla, la colorazione nera notavasi in una sta incertesza o divergenza di opinioni, dipeude,

in buona parne, dalla differenza nella tecnica, di cui ciascun osservatore si serve nello scovrire l'urobilina.

Non tutti, per esempio, tengono conto a sufficienza della osservazione tosì importante di Jaffè, relativa alla presenza non soltanto dell'urobilina preformata, ma anche di un cromogeno del-

Furobilina o urobilinogeno.

Secondo Saillet, nell'urina normale non sono contenute ne urobilina, ne indigotina, ne indirubina, ne urorubina, ma i cromogeni rispettivi. Non vi ha urobilina nelle urine normali, ma sempitemente urobilinogeno, pigmento instabile e poco conosciuto, che vieue a trasformarsi artificialmente, nell'urina già emessa, nel pigmento più stabile e meglio caratterizzato. L'urobilinuria deve per ciò essere un nome indicato a designare non già una grande quantità di urobilina nell'urina, ma semplicemente la sua presenza nell'urina normale. L'urobilina, che noi supponiamo di ricavare dalle urine normali, vi si produce per azione della luce solare sull'urobilinogeno, il pigmento, che vi esiste in realtà allo stato normale.

Il'processo dell'autore per estrarre l'urobilino-

geno dall'urina è il seguente.

Bisogna agire in presensa della luce artificiale e non della luce solare. Un volume dato di urina fresca, conservata all'oscuro, è acidificato con acidi acetico e poscia agitato con un volume almeno uguale di etere acetico. Dopo alquanti minati di riposo, si separa no i due strati di liquido e si ricomincia con un nuovo volume di etere scetico. Due volumi di etere sono sufficienti per ettrarre intieramente l' urobilinogeno dall'urina. I due volumi di etere riuniti sono lavati con acqua. Se questa acqua si colora (urina anormale), si rinnova l'acqua sino a che essa resti chiar a. Dovendo riprenderla per varie volte, si acidificherebbe con acido acetico. Il liquido etereo viene separato.

Il secondo tempo dello esame può compiersi a luce naturale o artificiale.

Si trasforma il cromogeno in pigmento completo, sia mercè la luce solare, sia mercè l'acido nitrico (i a 2 di acido per 100 di etere sono sufficienti). Si riprendono allora all'etere tutti i pigmenti, che contieno, sovrasaturandolo con ammoniaca e agitando con una piccolissima quantità di acqua. Se, dopo riposo, l'etere resta un po' colorato, si agita una seconda volta con una nuova piccola quantità di acqua ammoniacale. L'etere è separato e le sue solusioni ammoniacali riunite serviranno per osservare allo spettroscopio la esistenza delle caratteristiche strie di assorbimento dell'urobilina.

NOTIZIE

Università di Catania — Cerso pratice d' Iglene per gli Ufficiali Sanitaril

« In seguito ad autorizzazione Ministeriale nell'Istituto d'Igiene della R. Università, si farà un Corso pratico d'Igiene per gli aspiranti a Ufficiali Sanitarii.

Esso sarà bimestrale e avrà luogo nei mesi di Apsile e Maggio. Le iscrizioni saranno chiuse il 28 Marzo. Vi occorre domanda in Carta bollata di 60 cent. al Rettore, e il pagamento della tessa di L. 100.

Commissions per lo studio del carbonshio nell'agre del basse milanese

La presidenza della Reale Società Italiana d'igiene ha comunicato, in seguito alla discussione del 8 gonnaio p. p., alla Camera di Commercio di Milano ed alla Società Agraria di Lombardia (che avevane concorso moralmente e materialmente agli sandii della Commissione pel carbonchio del basso milanese) le conclusioni a cui la Commissione stessa e l'Assemblea della Società d'igiene erano pervenute in merito alla suaccennata questione.

Interessava poscia la Camera di Commercio affinche volesse, conforme ai desiderii espressi in quella séduta sociale, interporre i proprii ufficii, onde alcuni dei principali proprietarii di concerie avessero ad esperimentare su larga scala il metodo di disinfezione all'acido flouridrico, retcomandato della nominata Commissione. Le pratiche ebbero esito felicissimo; l'onorevole Camera di Commercio recentemente comunicava alla Presidensa della Società Italiana d'igiene, che parecchi conciatori aderivano alla proposta fatta, ed arano pronti ad unirsi alla Commissione, antecedentemente nominata, per coadiuvarla nel proseguimento pratico delle proprie esperienze. A complemento della Commis sione della Reale Società Italiana d'igiene, vennero per ciò nominati i signori : Emilio Gerli, della ditta Lazsaro Gerli, Milano; Paolo Nasoni, della ditta Domenico Nasoni, Milano; Francesco Cattaneo, della ditta Angelo Cattaneo.

ERRATA-CORRIGE. — Nel Formolario del n. 66, a pag. 792 invece di produrre deve leggersi prendere, e invece di benzacchina, benzactina.

Redattore responsable: Dott: HUGO NACCIARONE

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Outledre universitarse

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti lovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v. Scamanio. — 1. Questioni del giorno. Valore clinico della infesione nella stiegenesi della litiasi biliare.—

2. Lavori originali. Ospetale Incurabili di Napoli. (Clinica medica del prof. A. Biondi). Contributo allo studio della-cores cronica progressiva, pel dott. Giusappe-Villani.—8. Rivista di Clinica. Clinica medica della Carità in Parigi (prof. Potain). Il delirio nella pneumonite. — 4. Casuistica clinica. — 5. Rassegna della stampa. Riviste speciali. — 6. Notisiar — 7. Consulenza legale.

QUESTIONI DEL GIORNO

Valere: elinico-della infezione nelle etiogenesi della liticcò biliare (A. Oh a uffard).

Perla patogenesi della colelitiasi, esiste una dottrina tradizionale, poggiata tanto sulla etiologia clinica generale, quanto sulle affinità morbose della litiasi biliare. Questa venne esposta ampiamente da Bouchar d'nelle lezioni sulle malattie per rallentamento della nutrizione. Essa considera la colelitiasi non come una malattia fortuita ed intieramente autonoma, ma come un anello di una longa catena morbosa, una di quelle manifestazioni diatesiche, nel senso moderno della parola, che possono prevedersi e talvolta prevenirsi.

Invece, da dieci anni, sotto la influenza delle recenti indagini batteriologiche, la patogenesi della colelitiasi sembra passata dal dominio delle maattie della natrizione in quello delle infezioni. Alle prime ricerche di Galippe, nel 1886, sono seguite le altre della scuola francese sulle infezioni biliari, a cui si collegano i nomi di Duprè, Gilberte Girode, Lètienne, Dominici.

Nel 1891, in una comunicazione al Congresso di Wiesbaden, Na un yn edificava la teoria microbica della litiasi, riguardando la formazione dei calcoli come un fenomeno passaggiero, fortuto, subordinato alla invasione delle vie biliari da parte di germi patogeni, di provenienza intestinale, in ispecie il colibacillo. Le condizioni d'igiene alimentare, di nutrizione generale, passavano in seconda linea; l'angiocolecistite infettiva e desquamativa diventava la causa efficiente e reale della colelitiasi.

In prosieguo, Gilbert e Dominici dimostravano che i calcoli di data recente racchiudono al loro centro i colibacilli ancora viventi e coltivabili, laddove i calcoli più antichi non contengono più che germi privi di vita, quantunque ancora colorabili; finalmente, anche questi mancano affatto nei calcoli ancora più antichi. Secondo altre ricerche risssunte nella tesi di L. Fourn'i er, anche il bacillo tilito avrebble importanza etiologica, tanto che, secondo la qualità dei microbi, la litiasi si dividerebbe in cue grandi gruppi: litiasi colibacillare e litiasi tifica.

Ebbene, Ch a u f far d, ha stabilito una specie d'inchie :ta, per definire la frequenza relativa, sia della litiasi nei malati, che da parecchio hanno sofferto il tifo, sia del tifo negli antecedenti dei calcolosi biliari. Lo stesso ha fatto per il così detto ittero catarrale.

A tale uopo, ha raccolto tutti i casi osservati nei: 1896, vuoi nella pratica sua civile e ospedaliera, vuoi: in quella di parecchi suoi scoluri, eliminando naturalmente tutti i casi non netti quanto a diagnosi.

Il numero totale delle osservazioni raccolte di tifo, di litiasi biliare, d'ittero catarrale, ascende a 272, rappresentate da 241 infermi.

In questa statistica si nota che la proporzione degli antecedenti di tifo è un po' maggiore nei littasici che in altri infermi, ma il distacco è lieve corrispondendo appena al 8,5 % in più.

In tutti i malati di litiasi biliare, che antecedentemente aveano presentato tifo o ittero catarrale, il distacco cronologico tra la litiasi e la infezione tifica, è tale da non permettere di supporre una relazione patogenica tra le due malattie:

Due soli casi della statistica sono nettamente favorevoli all'origine infettiva della litiati. In uno, la prima colica epatica sopravvenne immediatamente dopo la convalescenza di un tifo grave; nell'altro caso, la prima colica ha succeduto, con un anno d'intervallo, ad'un ittero catarrale.

Sa 86 litiasici, ecco i due soli esempii, in cui Chauffard ha potuto vedere una connessione apparente tra litiasi ed una delle infezioni, su cui egli avea formulato la statistica. Lungi dall'essere frequenti, casi simili sarebbero per ciò vere eccezioni cliniche, non altrimenti che la pratica delle autopsie mostra l'estrema rarica dei calcoli giovani e recenti nelle vie biliari dei tifosi.

Con ciò l'autore non pretende affermare che la infezione biliare non possa, in un soggetto predisposto, coadiuvare la formazione dei calcoli. E' possibile, quantunque non risulti troppo frequente. Ma, nell'immensa maggioranza dei casi, l'analisi clinica dei fatti non ci mostra l'azione litogena biliare del tifo o dell'ittero catarrale.

D'altro canto, la prova batteriologica neppure sembra indiscutibile. La invasione microbica dei calcoli giovani, ma secondaria, è sempre possibile, ma da ciò non può inferirsi, sino a più ampia dimestrasione, che l'origine infettiva della ditiasi biliare sia un fatto certe. Per ora, dobbiamo per ciò accontentarci della nozione fondamentale del terreno, ove cade il granello, delle modalità variabili della nutrizione cellulare, delle affinità morbose individuali a ciascun organismo.

A.

HANG CHANG LANG CHANG CH

LAVORI ORIGINALI

OSPHDALE INCURABILI DI NAFOLI, (Clinica medica del prof. A. BIORDI) — CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA CORRA CRONICA PROGRESSIVA, pel dott. GIUSEPPE VILLARI.

(Continues.-Vedi num. prec.)

E' nella faccia che, nel maggior numero dei casi, sogliono incominciare i movimenti coreici; ciò si avverò anche nel nostro infermo. E nel viso sono i muscoli che circondano la bocca quelli che, secondo la testimonianza di tutti gli osservatori, divengono più abitualmente e fin da principio la sede dei movimenti i più svariati e i più frequenti. La volontà non ha su di essi, neanche all'inizio della malattia, alcun potere: quando si dice all'ammalato d'aprir la bocca o di tirar fuori la lingua, l'instabilità di quei muscoli, invece di calmarsi, raggiunge allora il suo più alto grado. E non saranno forse quei muscoli i primitivamente e più intensamente affetti, perche l'onda nervosa si scarica in essi con più fecilità, essendo meno considerevoli l'inersia e la resistenza da vincere? Herbert Spencer (1) prima, e dopo di lui Dar win (2), hanno, con grande acutessa, notato che appunto perchè i muscoli della faccia sono relativamente piccoli ed attaccati a delle parti più facili a spostarsi, sono così variamente ed intensamente mobili ad ogni piccola scossa del sistema nervoso, come per esempio durante le emozioni. E noi osserviamo, nella malattia dei tic, che sono i muscoli del viso quelli che con più frequenza sono soggetti agli spasmi, quali l'ammiccar delle palpebre, lo stirar della bocca, il corrugar della fronte e simili. La sovraeccitazione dei centri motorii si rivela quindi, anche nella corea, dapprima nei muscoli del volto; da questi però la malattia si estende ordinariamente ad un arto, poi all'altro ed infine a tutto il corpo.

L' infermo dapprincipio è spaventato da quei fenomeni; egli vede una parte di se stesso di-

(1) Her bert Spencer.—Principles of psychology, volume II, pag. 566.

staccarsi dal dominio della sua volontà; epperò diventa triste, malinconico, fugge la compagnia dei suoi simili, ricerca la solitudine. Si sa come allora egli può esser preso da un accesso di disperazione, perfino tentare di uccidersi. Egli non è allora ancor vinto dalla smodata attività del suo sistema motorio; la sua intelligenza, la sua volontà resistono, tentano di dominare, per quanto loro è possibile, quell'automatismo che cerca di soggiogare e d'imporsi. Ma il male s'avanza; le contrasioni muscolari che si producono per la sovraeccitazione dei centri motorii, ritornando a questi ultimi come sensazione, agiscono su di essi come una novella stimelazione che rinforza la loro attività. Vi è così un va e vieni dal centro alla periferia, dalla periferia al centro, poi dal centro riuforzato alla periferia e così di seguito. E' ciò che di sovente accade nei disturbi nervosi: quello che è effetto agisce alla sua volta da causa e per questo incessante influirsi a vicenda i disturbi persistono, aggravandosi. Così la corea quanto più perdura da lungo tempo, tanto più diventa fatalmente inguaribile.

A poco a poco allora l'energia rimasta all'infermo va indebolendosi; non più egli risente con la stessa intensità il cordoglio per la sua triste condizione; i suoi sentimenti vengono meno, tutte le facoltà della sua mente si annebbiano. Una t-ndenza ipertrofica a funzionare, quella dei suoi centri motorii, rompe sensa tregua l'equilibrio, la sua intensità non permette di coordinarsi con le altre; essa esce dalle file, comanda in luogo d'essere subordinata. Essa non è più un accidente limitato e circoscritto, un fenomeno passeggero; essa è diventata un'abitudine morbosa, diffusa a tutti i muscoli del corpo, non più un lato del temperamento o del carattere, ma il carattere stesso. Non è più la volontà che si lascia viac-re in determinati momenti per poi riprendere i saoi diritti, ma è invece la volontà che divi ne l'eccezione. Alla fine può, come già abbiamo detto, quella t ndenza morbosa diventare tutto l'individuo; l'intelligenza, la memoria, sono scomparse, vi è demenza completa: quella sovrattività dei centri ammalati, manifesta ormai solo il suo potere in messo alla rovina completa di tutte le altre facoltà.

Egli è vero che è stato notato che l'indebolimento mentale non è sempre in rapporto con la intensità dei movimenti coreici; questi possono aver già cominciato da lungo tempo, esser fortemente pronunsiati, e pure lo stato intellettuale può non presentare notevoli turbamenti; tali casi

⁽²⁾ Ch. Darwin, The expression of the emotions, London, 1872, pag. 10.

però sono straordinariamente eccezionali, nè potrebbero infirmare le nostre conclusion. Ciò dipenderà qualche volta da una maggiore resistenza che i centri intellettuali possono avere, e per la quale essi non perdono così facilmente le loro attitudini, nonostante l'automatismo dei centri motorii; ed è però che i disturbi psichici appariscono nei diversi individui più presto o più tardi a seconda la diversa vigoria mentale, che questi avevano prima della malattia. D'altra parte si è pure osservato che le alterazioni peichiche possono essere persino accentuate (sobbene anche questo in casi rarissimi), quando i movimenti coreici non sono ancora molto diffusi ed intensi, oppure in un tempo in cui non si é manifestato ancora all'esterno quel disturbo motorio che darà poi alla malattia la sua impronta speciale. Benchè latente, però, l'automatismo dei centri motorii non esiste meno in tal caso; esso non tarderà a venire alla luce; e i disturbi psichici, anticipando, rivelano l'incapacità di coordinazione, la rottura d'equilibrio che vi è già tra i centri nervosi.

Che i disturbi coreici si accompagnano, per se stessi, con alterazioni psichiche più o meno importanti, ci viene del resto dimostrato anche da quel che si avvera nella corea infantile. Ma quanti dibattiti non vi sono pure tra i clinici sulla interpetrazione da dare alle alterazioni psichiche cha si presentano in questa forma di corea, che è la più frequente di tutte, la corea volgare per e cellenza! Vi è chi le fa risalire, come Triboulet, come Mobius, a un'intossicazione, e tal modo di vedere si collega alla t.oria infettiva della corea infantile, che quegli autori seguono, mentre non vi è niente, sinora, che provi con certezza tale pretesa etiologia. Altri, come Séglas, Joffroy, Breton, attribuiscono quei disturbi psichici alla degenerasione, la quale, come oggi è di moda, fa molto spesso le spese nelle indagini patogenetiche della patologia nervosa. Ma, mettendo da parte i terrori notturni, le allucinazioni, i delirii, e simili fatti contingenti, vi sono nei piccoli infermi dei disturbi psichici, i quali, sensa dubbio, stanno in strettissima connessione con la corea. E se questi disturbi non raggiungono un grado elevato, è perché la corea è passeggera, l'automatismo dei centri motorii dura solo per qualche mese e poi si dilegua, mentre l'infermo ritorna ad uno stato normale o presso a poco. Sollier però ha fatto giustamente notare che i fanciulli colpiti dalla corea non possono più apprendere

le loro lezioni, e dimenticano durante la malattia tutto ciò che già sap vano. E' un' amnesia essenzialmente funzionale; e la memoria infatti riapparisce nello stesso tempo che spariscono gli accidenti nervosi. «Quell'amnesia, dica Sollier, è facile a comprenderla, quando si pensi che la attenzione nella corea è estremamente debole ed instabile. Si osserva la stessa instabilità sia nelle idee che nei movimenti». La volontà inoltre è nei fanciulli il più spesso impotente a frenare le gesticolazioni coreiche. E poiche anzi in loro accade che, nel più forte della malattia, essi non possano, neppure per un istante, reprimere i movimenti anormali, si è, come già abbiamo accennato, da questo, preso argomento per fondaroi su una delle differenze più importanti che si son volute istituire tra la corea infantile e la corea cronica progressiva. Gl'infermi di corea cronica. cioè, potrebbero all'opposto arrestare, almeno per poco, i movimenti involontarii. Ma noi abbiamo già visto quanto poca eziandio è l'energia volitiva che ormai resta agl' infermi affetti di corea cronica, e vi son pure dei casi, come il nostro, in cui gli ammalati non possono più, neppur essi, reprimere per un istante i movimenti patologici; ciò anzi si osserva spessissimo, quando la corea cronica è già fortemente progredita. Dall' altra parte i fanciulli possono, in certi casi e in determinati periodi, come sul principio e sulla fine del male, anch' essi dominare con la volontà, per un certo tratto, le contrazioni spontance dei muscoli. Ma fores non si è fatta a questo riguardo una considerazione di gran lunga più importante. La volontà nel fanciullo non ha ancora acquistato quella forsa e quella vigoria che avrà poi appresso nell'adulto. A quell'età non si sono ancora stabilite solidamente quelle coordinazioni complesse, per cui tutti gl'impulsi e le inibisioni sono dirette al fine comune da raggiungere; nei fanciulii l'uso e l'esercizio della vita non ha lasciato ancora le traccie e le impronte che servono a preparare il complesso armonico, che si va lentamente costituendo, tra le diverse funzioni cerebrali ; la volontà che è la somma di tutte queste attività, subordinate ed ubbidienti l'una all'altra, non è quindi ancora fortemente sviluppata ed energica. E però nei fanciulli essa si lascia più facilmente opprimere dall' insubordinazione d'un gruppo cellulare; negli adulti invece essa resiste per più lungo tempo, sebbene, il più sovente, in una maniera molto precaria, e con poca efficacia.

In questo si deve anche trovar la ragione per-

chè la corea è più frequente nei fanciulli : più irritabile, in fatti, è il loro sistema nervoso, più suscettibili i centri motorii a quell'età in cui come Sturges ha detto esattamente, l'esprasione fisiologica d'un'eccitazione consiste spesso in movimenti, i quali non sono assai div rsi dagli spasmi più leggeri della corea. E come è facile nei ragazzi l'insorgere della malattie, facile è pure in essi la guarigione: il sistema nervoso può agevolmente ritemprarsi e rafforsarsi in quell' età di continue sviluppo, di rinnovamento s mpre attivo e vivace dei tessuti e degli organi. Più di raro noi riscontriamo invece la corea negli adulti, ma più di frequente in essi perdura assumendo un corso oronio ed inguaribile: il sistema nervoso ha allora raggiunto un assetto stabile e completo, ed un disturbo funzionale grave, che lo colpisca, può con più facilità stabilirvisi definitivamente. Così i fanciulli sono più di frequente soggetti a dei tic muscolari, dei quali però facilmente guariscono, ed anche quando questi riappaiono altre volte, di nuovo abitualmente si dileguano, allo stesso modo che gli attacchi di corea infantile, anche quando si ripetoco una o due volte, pure alla fine secompariscono interamente. Ma nell'età adelte, i sic ten dono a permanere, a diventare come un'abitu dine inveterata, ormai invincibile, ed anche quando furono transitorii e sembrano definitivamente scomparei, essi possono ad un tratto riapparire sotto una forma o sotto un' altra, alla minima occasione nociva.

Dalle eccesioni però non mancano, come in tutto ciò che riguarda la clinica; si può vedere la corea guarire persino nei vecchi, ed invece restare stazionaria nei fanciulli e -prolungarsi poi durante tutta la loro vita. Qualche volta può accadere pure che degli attacchi di corea acuta cominciano nell'infanzia, si succedono, l' uno all'altro, con lunghi intervalli di tregua, e solo più tardi, in età adulta o avanzata, assumono infice quella estinata cronicità che diventerà del tutto inguaribile. La forma acuta si è così convertita nella forma cronica, manifestando così chiaramente la loro comune origine da una stessa ed identica lesione funcionale, la quale se le prime volte da potuto essere riparata, si è fatta poi tanto più pertinace per quanto più si è ripetuta.

Ma fra tutte le differense che si è tentato di trevare tra la corea volgare e la corea erenica, una sembrerebbe che sia lampit importante: nella prima cice mancherebbe l'eredità similare, la quale si dovrebbe invece riscontrare nella seconda, in cui la malattia si trasmette tal quale dai genitori ai figli; la corea cronica sarebbe per conseguenza ereditaria, come Huntington, da cui poi tal forma ha preso il nome, credette di dimestrare (cerea di Huntington o ereditaria).

Ma innanzi tutte, non è poi raro di riscontrare dei fanciulli affetti da corea volgare, di cui il padre o la madre ha sofferto l'identica malattia; ed inoltre quando Huet, nel 1888, prese ad esaminare metodicamente gli antecedenti di melti informi di corea cronica, servendosi dei casi venuti alla sua osservazione e di altri sparsi qua e là nella letteratura, egli venne alla conclusione che l'eredità similare manca in essi assi frequentemente; in 8/casi infatti su 17/si ritrovava, invece di essa, l'eredità nervosa di trasformazione; i parenti cioè avevano sofferto d'altre nevrosi o psicosi, ma non la corea cronica progre siva. Korn: ilow, Esser, Jolly, Remak, hanno poi osservato altri casi identici, e Schmidt ne ha riportato due, in sui eltre alla particolasità che la malattia è principiata nella tenerissima età di 7 anni, non si note niente di simile nei parenti prossimi o lontani. Il nostro infermo apparteneva a questa categoria di fatti: nella sua famiglia non vi era mai etato alcun coreico. Ma più importante è, fra tutti, il caso descritto, due anni fa, da Ch a u f fa r d: uza donna dopo aver avuto a 11 anni un attacco di reumatismo articolare acuto con grandi movimenti cerejci predominanti a des ra, fu presa di nuovo dalla corea in occasione d'una sua gravidanza, e, guaritane, ne fu colpita un' ultima volta a 48 anni, un anno dopo la menopausa, ed allora in medo da non guarirne mei più; ora da questa donna nacque una fanciulla che a 13 anni ebbe un reumatsmo articolare acuto accompagnato da corea, a 17 anni un secondo attacco di corea, e un terzo attacco a 19 anni al principio d'una gravidanza. In questo bellissimo esempio madre e figlia reagiscono alle medesime cause, presentando l'identica malattia; parrebbe che l'attitudine corcica, rinforzandosi, ha cominciato cost a fare stipite; ma quelle cause però, il reumatismo, la gravidanza, sono tra le più comuni che s'indicano generalmente come generatrici di corea.

E' successo, in somma, per le due specie di corea, per quella di Sydenham a quella di Huntington, la stessa cosa che si è avversta

per le atrofie muscolari progressive. Per un certo tempo si ritenne che vi erano due grandi varietà di quest' ultima malattis; l'una che avea per sestrato delle alterazioni spinali, ma che intanto non aveva un' etiologia ben definita, poichè si · sviluppava spesso per l'influenza di cause volgari; l'altra invece, in cui le alterazioni spinali mancavano, ma che era dominata da un'etiologia ben chiara, dall' eredità cioè similare, e ap parteneva così alle malattie familiari. Ma ecco apparire un tipo d'atrofia muscolare, quello descritto da Charcot e Marie, tipo neurotico d'atrofia muscolare progressiva, come vien deno minato in Germania, il quale stabilisce un legame di transizione tra le due specie suaccennate, poichè ereditario e familiare alla sua volta è caratterizzato il più spesso da lesioni nel tempo stesso periferiche e centrali, queste ultime interessando i cordoni posteriori e le corna anteriori della midolla.

Ma ciò non è ansor nulla; seguono poi le relazioni di casi clinici, corredati di autopsie, che danno un colpo più grave alla dottrina divisoria su esposta. Strumpell pubblica degli esempi d'una malattia ereditaria e famigliare in cui all'antopsia si trovano le stesse lesioni come nei casi dell'antice tipo Aran-Duchenne. Bernhardt alla sua volta comunica due casi ereditarii e famigliari d'atrofia mescolare progressiva spinale, complicata da paralisi bulbare. Nacio mi dilnagherò qui riportando altri simili esempi : che cosa dunque è rimasto delle ragioni che si apponevano per giustificare quel distacco, così spicasto, tra le atrofie muscolari con eredità similare e quelle che tale eredità non avevano?

Dall' altro canto non mancano neppure esempi d'altre nevrosi, in cui queste d'un tratto assumono il carattere famigliare, trasmettendosi tal quali dai genitori a un gran numero di figli. E mettendo da parte l'epilessia e l'isterismo, ciò accade, per esempio, non tanto raramente, anche nella malattia di Basedow. Quando si sfoglino nella letteratura le relazioni dei moltissimi casi di questa affezione, si ritrova che essa è pure, alcune volte, una malattia di famiglia. In una notevole osservazione di Oesterreicher si trovano, nella stessa famiglia, otto fratelli colpiti tutti da gosso esoftalmico, e nella discendensa diretta d'uno di questi si mostrano quattro nuovi casi della stessa affesione. Delle osservasioni analoghe sono state pubblicate da Cantilena, Solbrig, Morell Mackensie, Cheadlee Story.

Anche nella malattia dei tic si è riscontrata in certi casi la diffusione assai estesa, tra i membri d'una medesima famiglia, d'uno stesso ed identico spasmo. Massaro, per esempio, ha recentemente pubblicato 26 casi di genio-spasmo, osservati su 5 generazioni della stessa famiglia: la malattia s' era sempre trasmessa, per eredità similare, sensa alcun cangiamento. E noi troviamo pure qualche volta evidentissimo il carattere famigliare in un'altra affesione che ha anch'essa dei punti di contatto con la corea cronica; esso cioè può ritrovarsi nel paramicolono multiplo. Questo, come oggi si sa, non sempre si limita, come pretendeva Friedreich, a produrre delle scosse fibrillari dei muscoli, senza alcuno spostamento degli arti; già in parecchie osservazioni è stato notato che quelle contrazioni producono spesso degli effetti locomotori (Marie, Kowalewski, Lemoine e Lemaire, Bechterew, ecc.). E ancora più, in nessuno quasi dei casi di paramioclono si sono trovate delle facoltà intellettuali ed affettive normali; in alcuni anzi si sono ossezvati dei disturbi psichici, che accenna ano a una certa demensa; Raymond inoltre, in uno stesso individuo, she aveva delle facoltà mentali di molto ammiserite, ha ritrovato associati al paramioclono dei movimenti cereici spiccatissimi. Ora E wald ha riportato, fin dal 1883, dei casi congeniti e famigliari di paramioclono multiplo; ed Un verricht, nel 1891 ha descritto altri casi che concernevano parecchi componenti di una stessa famiglia. Quest'ultimo autore ha pubblicato, fra le altre, l'osservazione di 5 fratelli (un fanciullo e quattro ragasse), la cui nascita era stata normale, e tutti hanno presentato la stessa successione d'accidenti: dapprima — e questo nei primi anni della vita — degli att: cchi convulsivi epilettiformi notturni, con o senza perdita di conoscenza; in seguito, quasti attacchi perdevano della loro frequenza e della loro intensità; finalmente essi scomparivano e venivano sostituiti da attaochi di scosse convulsive assai simili a quelle del peramisciono. In una nota addisionale, Unverricht annunsiava che egli avea avuto da poco sott'occhi un altro caso di micelonia famigliare complicata egualmente da attacchi epilettiformi.

Questi ultimi casi non sono solamente interessanti per il carattere famigliare della malattia, che in essi si zitrova, ma per quel trovarsi riu-

niti negli stessi infermi il paramioclono multiplo e gliattacchi epilettiformi. Gliatessi rapporti con l'epilessia assume di soventi anche la corea cronica, e si è angi fatto osservare che essi sono paralleli a quelli che si sono notati tra la corea volgare e l'isteria. Io non riportero qui le osservasioni di Huet, d'Hoffmann, che sono di ciò chiaramente dimostrative, ma riassumerò selo una, che è più particolarmente caratteristica, perchè somiglia a quelle surriferite d'Unverricht, ed è il case del dottor Mayberry, riportato da Diller. Era un giovinotto di 16 anni affetto da corea, la quale si alternava con accidenti epilettici. Egli, cicè, non avea mai attacchi comisiali mentre che duravano i movimenti corcici, i quali si prolungavano due o tre settimane: ma questi, durante uno spazio di tempo press' a poco uguale, venivano sostituiti da accessi d'epilessia, che più tardi alla loro volta cessavano, e lo stesso ciclo ricominciava. Un tale riavvicinamento, che la casuistica clinica fa, tra la corea cronica e l'epilessia, non farà meraviglia a chi pensi a certi lati di somiglianza, che por esistono, nel modo di decorrere di queste due affezioni; in entrambi quanto più la malattia tende a predominare, quanto più lungamente essa persiste, tanto più fatalmente ne sono compromesse le faceltà intellettuali degl'infermi.

Ma l'epilessia, invece che nello stesso infermo di corea cronica, può ritrovarsi nei suoi antecedenti ereditari, come in questi possono anche rinvinirsi ora l'una ora l'altra delle diverse specie di nevrosi. Schles in ger ha trovato negli ascendenti dei coreici cronici delle forme gravi d'isteria, Hay il gosso esoftalmico: la maggiore frequenza dunque con cui si riscontra nella corea eronica l'eredità similare, allo stesso modo che non le dà affatto un'impronta speciale ed individuale, così non le vieta di trovare il suo legittimo posto tra il grappo delle nevrosi.

Per Brissaud in vero, per altri, essa non sarebbe una nevrosi. Per questi l'idea di nevrosi implicherebbe una certa variabilità dei sintomi, un'alternanza, dei transferts, tutti fatti che sarebbero li per provare che non si tratta d'uno stato organico definitivamente acquistato ed immutabile.

Nevrosi dunque sarebbero, a giusto titolo, l'epilessia, l'isterismo, i tic, ecc., ma non quelle affezioni che seguono un'evolusione progressiva e croscente, quali la corea cronica, la malattia di Parkinson, il morbo di Basedow. Dove sarebbe in queste ultime quella metastasi dei fenomeni nervosi, come la chiamava il Trousse a u, per cui un tic può sostituirsi a un'emiorania, la quale succede essa stessa a delle crisi
d'asma o a degli attacchi di vera epilessia? No,
tali malattie si distinguono invece, perchè una
volta stabilite, seguono il loro corso uniforme e
fatale. Tra queste e le precedenti ci sarebbe
dunque, secondo il Brissa u d, un abisso. Dobbiamo noi scorgere quest'abisso dopo tutto ciò
che s'è detto?

Ma si potrebbe ancora opporre che in queste nevrosi permanenti, nella corea cronica, nel morbo di Parkinson, si riscontrano, dopo la morte, lesioni anatomiche che si han da tenere in gran conto, mentre nelle altre non si verifica niente di simile. Ciò non sarebbe vero in tesi generale, perchè chi non sa come anche per l'epilessia, una delle nevrosi a sintomi passeggieri, si è creduto di trovare, alle autopsis, lesioni che ne sarebbero come il sostrato anatomico? Ma allo stesso modo che, in fondo, per l'epilessia niente è di certo, niente di costante si è riscontrato nelle sezioni degl'individui che ne furono affetti, così è accaduto per la corea cronica.

(continue)

RIVISTA DI CLINICHE

(ilinion medion della Carità in Parigi (prof. Potnin).

U delirio nella pnonmento

Uomo di 40 anni; nun soffri per lo addietro che solo una volta di reumatismo articolare acuto senza poetumi cardisci. Senza essere un varo alcoolista è però buon hevitore.

Disci giorni addietre, l'infermo dice di essere stato colpito da un brivide subitanee, seguito da febbre e di avere avvertito un dolore puntorio a sinistra; l'indomani la tosse era più molesta. Da 8 giorni ha dovuto sospendere ogni lavoro e da 4 egii è stato ricevuto in Clinica con febbre a 89° C. L'indomani della sua ammissione la feb. bre era a 89° S, il polso normale per frequenza, ma debole.

Alla percussione, tutto l'ambito del toracs dava una risuomansa normale, però a sinistra, verso le ascellari, si otteneva un suono subottuso, melto spiceato.

All' assoltazione, soffio profondo, tubario, crepitazione pisurale.

L'espettorato era di due qualità; ora vischioso,

giallo-rossastro, ora incolore e pneumonico. Si era dunque in presenza di una pneumonite fibrinosa e di una congestione, occupanti circa 1₁4 del polmone sinistro. L' infermo era un poco abbattuto. Nella giornata fu colpito da delirio, da agitazione, tanto che, alia notte, si fu costretti di mettere una rete sul letto perchè non si levasse. L' indomani mattina non v' era febbre ed i sintomi locali s' erano anche essi attenuati.

Nella serata, all'agitazione subentrò uno stato di prostrazione generale, associato a stupore profondo senza coma.

Che significato ha questo stupore?

Lo stupore può accompagnare e caratterissare tanto stadii indifferenti, quanto stati gravissimi.

Il delirio può presentare gradi diversi, potendo estendersi da un semplice eccitamento cerebrale fino ad uno stato meningitico.

Voi sapete, infatti, che la meningite può sorgere nel decorso di una pneumonite; C h a u m e l dice che la riscontrava 8 volte su 100 casi: forse questo pecca un pò di eccessivo, ma è fuori dubbio che, se in tali casi si esegue l' autopeia, ei nota un aspetto opalescente caratteristico delle meningi e sopra tutto della pia.

Talvolta, quando v'ha suppurazione, vi si rinviens eziandio lo streptococco o lo stafilococco; per vero questo è un caso rarissimo.

Nella maggior parte dei casi si rinviene lo pneumococco.

Talvolta l'invasione microbica delle meningi può aver luogo senza provocare disturbi di sorta e l'autopeia sarà quella che svela l'esistenza di una meningite.

Altre volte i sintomi meningei si manifestano prima della pneumonite; ma, nella grande maggioranza dei casi essi si osservano durante il corso della malattia.

La meningite si manifesta sotto la forma delirante; alla sera l'infermo incomincia un pò a divagarsi; è preso poi da malessere, ansietà, agitazione ed in fine viene lo stadio sonnolento seguito da quello comatoso.

Allora le pupille possono essere modificate: o dilatate o contratte. Lo strabismo non è raro; nei casi gravi, si osserva la ptosi della palpebra superiore e talvolta paralisi del facciale.

Vi è anche una forma apoplettica, nella quale l'infermo perde la conoscenza e cade nel coma presentando alcuni fatti paralitici. La gravezza di questa forma è estrema; la malattia dura poco (2-8 giorni) e raramente oltrepassa i 8 giorni.

giallo-rossastro, ora incolore e pneumonico. Si Si conoscono nonpertanto casi di guarigione comera dunque in presenza di una pneumonite fibri- pleta.

> A lato di questi casi, v'ha il delirio provocato dalla polmonite in certi individui, sopra tutto uomini, che vi sembrano predisposti; in questi casi, ordinariamente il delirio è lieve.

> Gli alcoolisti colpiti da meningite vanno anch' essi soggetti al delirio comune; esso dura qualche tempo e poi si dilegua: in tal caso l'alcool ha prodotto in essi una predisposizione.

> Il delérium tremens dei vecchi alcoolisti è più grave; esso è caratterissato da una grande agitasione, da vere crisi; ma bisogna notare che, malgrado tutto, l'infermo è relativamente immobile nel suo letto. Questi infermi hanno spesso allucinasioni terrifiche; essi sono auestesici od analgesici.

Altri polmonitici, non alcoolisti, spesso presentano uno stato tifoso.

Nella maggior parte di questi infermi, l'urina presenta albumina che talvolta si associa ad una nefrite interstiziale. I gottosi ed i vecchi afflitti da questa nefrite, contraggono facilissimamente la polmonite con tutti gli spiacevoli accidenti che possono derivarne. I fatti uremici, d'altra parte sono poco accentuati; v'ha, del resto, infermi il cui rene non fu per nulla alterato.

Il delirio colpisce esiandio individui resi cachettici per pregressa infermità; ed allora sopraggiunge verso la fine della malattia; sembra molto grave, ma non è eccessivamente dannoso; si tratta piuttosto di un delirio d'inanisione che generalmente cade col ritorno all'alimentasione.

V' ha finalmente individui nei quali il delirio assume una forma vesanica; essi sono perseguitati da allucinazioni o da idee deliranti sistematiche.

Però questa forma di delirio si svolge sempre su di un fondo neuropatico.

Questa forma di delirio, non è di grave pronostice, ma non si può dire con certessa se svanirà con la pneumonite oppure, eliminata questa, esso perduri.

Posto ciò, quale forma di delirio presenta il nostro infermo?

Il delirio da inanizione, nel caso presente deve essere eliminato; non si tratta di delirio meningitico, perchè non vi sono segni di paralisi (la contrazione della manlibola è volontaria) nè tampoco il delirium tremens trova appoggio, mancando ogni dato essenziale per diagnosticario. Ma se si ricorda che l'infermo, dopo avere bevuto, si sentiva sempre un non so che di strano, che non è pro-

prio dell'ebbressa e che, attusimente; non v'ha tremore alcuno delle estremità e che è impossile attirare e fermare la sua attensione, chiaro risulta che il suo delirio rivesta la forma vesanica.

Da quando il delirio lo ha preso egli è triete e melanconico e nen abbiamo potuto ricavar nulla che potesse far determinare la natura delle sue idee. D'altronde se in taluni si ha una grande eccitabilità cerebrale, in altri lo stupore è completo e gli infermi pensano poco o nulla.

In quest'ultima categoria appante rientra il nestro infermo. Per conseguenza ci 'roviamo di fronte ad un delirio vecanico in uno preumonico al momento della defervescenza.

La dilucidazione della netura del delirio era necessaria per dare una cura adeguata al caso.

In fatti, se si trattava di delirio alcoolico cansato dalla soppressione dell'alcool, sarabbe oscorso rifornare moderatamente all' uso dell' alccol : se si tratta di delirio adinamico, si ordineranno,lievi stimolanti; nel reumatici si può essere tanto in presensa di una complicansa renale recente, quanto di una insufficienza renale, anteriore. V ha dunque casi in cui, invece di sollevare l'infermo con carne od altro, occorre sottoporlo al regime latteo assoluto, latte d'asina per fino, quando lo infermo ha stomaco debole. Nel nostro infermo non vi sono indicasioni terapiche apsciali : dopo la guarigione della sua polmonite, il riposo e la soppressione dell'eccesso di vino saranno i messi che più facilmente condurranno a buon porto quesco lieve accesso vesanico (La tribune médicale, 17 feb. braio 1897).

Nasciarone

CASUISTICA CLINICA

Saturnismo cronico ed nicere duedenale, Alvazzi Delfrate. L'autore, dopo aver accentato ad un caso occorsogli alcuni anni or sono, riferisce la seguente osservasione:

« Pochi giorni fa, veniva ricoverato nella mia sezione un altro verniciatore. Aveva 85 anni. Il suo stato, gravissimo, quasi agonico, non mi permise di fare un esame anamnestico ed obdettivo accurato. A mala pena potei sapere che egli aveva sofferto a più riprese di violenti coliche qualificate come saturnine, per le quali era già stato più volte curato all'ospedale, e che il giorno prima di questo suo altimo ingresso ne era stato nuovamente e con maggior violenza colpito. Aveva avuto vamito e singhiosso. Presentava un intenso paliore, il volto affilato, le estremità fredde, il poleo imperesttibile; in una parola, era in gravissimo collasso. Il ventre, fortemente me-

teorico, era dolente ovunque alla palpazione. Mori poche ore dopo.

Era ovvio disgnosticare una peritonite acutissime, la quale, per l'insorgere così improvviso e per il decorso così rapido, doveva essere da perforazione. Mi ricordai di quell'altro saturnista, e, quantunque l'anamnesi ben poco mi soccorresse, avanzai l'ipotesi che anche qui l'ulcera duodensie entrasse in causa.

L'autopsia, eseguita dall' egregio prof. F o & ,

dieda il seguente reperto:

Peritonite stercoracea recente; liquido torbido floccoso reccolto nel piccolo bacino; lasse aderense tra le anse intestinali. Normali il cieco e l'appendice vermiforme. Integro l' intestino fino al duodeno, dove, in corrispondensa della sua prima porsione, si scorge una perforazione. Nelle parti, immediatamente vicina ad essa la peritonite è più intensa e si trovano residui di sostanze alimentari.

Estratto lo stomaco col duodene, si trova lo stomaco mediocremente dilatato, con la muccea, leggermente rilevata ed inspessita. Sulla faccia posteriore del duodene, a 2 cm., al disotto della plica vaivulare pilorica, esiste un' ulcera rotonia, a margini netti, regolari, tagliati a pisco nella muccea. Il fondo dell' ulcera e usuratore comunicante con la cavità peritoneale. L' ulcera suisura 8 mm. di diametro alla sua apertura interna, di poco inferiore è la sua apertura esterna. La muccea dei duodeno, apecialmente salla sua parte superiore, è un pò inspessita e rilevata.

Riguardo agli altri viscari, il cuore è discretamente ipertrofico nel suo ventricolo sinistro, epecie nei muscoli papiliari; coaguli recenti nel cuore destro. Aderenze pieuriche antiche, suffusioni emorragiche nei polmoni. Autica perisplenite con organo di volume normale. Beni duri, ma senza segni visibili di nafrite interstisiale Fegato torbido. Nulla di notevole al capo, alla vescion, al genitali.

Ora io mi domando: fu una mera coincidenza questa dell'ulcera duodenale che trasse a moste due saturnisti? O non corre invece fra saturnismo cronico ed ulcera duodenale il rapporto di

cause ad effetto?

Intorno alla frequenza del reperto cadaverico dell'ulcera duodenale in genere, non si può dire nulla di certo; giacchè, senza dubbio, molte di tali ulcere, che non terminarono con la perforazione, e sopratutto, molte cicatrici di ulcere ducadenali guarite, passano inosservate alla necro-

Così scriveva il N i e m y e r e così, a più forteragione, si deve dire a proposito di una pos sibile frequenza dei reperti dell'ulcera duodenale nel cadavere dei saturnisti. L'ulcera del duodeno, come all'anatomo-patologo, afagge molte volte al clinico; la sua presenza è bene spesso latente; di più, delori addominali in un saturnista vangono forse troppo facilmente considerati, sens'altro, come coliche intestinali.

Forti dosi di preparati solubili di plombo possono, lo si sa, provocare inflammazione, rammollimento, escare, ulcere nella mucosa gastro-enterice. Nel saturnismo eronico la cosa è diversa. E' interessante ricordare a questo proposito l'assione che il piombo esercita sulle fibre muscolari lisce dei piccoli vasi sanguigni, determinando la vasiocostrisione e quindi l'anemia in an dato distretto vascolare; le endo-arteriti oblitoranti che questo tossico può produrre; le alterazioni trofiche dei plesei nervosi della tonsca intestinale, constatate nel saturnismo da alcuni osservatori e infine, se vogliamo, la grande congulabilità del sangue intossicato dal piombo (Lepidi-Chioti.

Tutti questi fatti, unitamente alla probabile eliminazione del piombo dalla mucosa gastro-en-terica nel saturnismo cronico (Lewin), conducono legicamente a supporre che possa trovarsi in questa intossicazione un cumulo di cause predisponenti allo sviluppo dell'ulora peptica del duodeno.

L'ulcera decdenale troversible nel saturnista certe condizioni favorevoli alla sua produzione, come le trova l'ulcera gastrica nella clorotica.

Non sembra dunque improbabile che, nell'esiosiegle Mell' ulcera retorda fluodende, sabbiaci ad
annoverare l'avvelenamento cronico da piombose
che, rispettivamente, nel certeo di sintomi, o fra
la varie complicanze di questa intossicazione,
possa trovar posto i' ulcera perforante del duodeno. I due casi che ho potuto osservare, quantunque nella-loro storia forzatamente monchi,
me lo lassiano supporre; per ciò l'A. osa credere non
del tutto inopportuna questa sua qualsiasi comunicasione» (Gas. med. di Torino, 18 febbraio 1897).

RASSEGNA DELLA STAMPA

RIVISTE SPECIALI

« Archiv für Kinderheilkunde» Bd. XXI-H V e VI 1897.

I. Due casi di melasna mesnatorum.—J. v. Chrzanowaki (Clinica ostetrica di Breslavia), riferisce la storia clinica ed il reperto dell'autopsia di due casi di vero melena dei neenati, la cui causa è tuttora oscura.

Dal sangue emesso dai due bambini fece culture in agar, agar-glicerina, brodo e gelatina, ma

tutte con risu tato negativo.

Gli innesti fatti col sangue tratto dal cuore, dal fegato dalla milsa e dai reni di uno dei piccoli infermi, dettero culture di stafilococco riogeno aureo. Potè constatare, altresi, al microscopio intensa degenerazione grassa nel fegato e nel rene. Nello stomaco e nell'intestino non rilevò ulcerazioni, nè suggellazioni.

L'antere passa a rassegna le opinioni dei diversi autori (Henoch, Landau, Kiwisch) circa la causa del melena; cita Betz, Nieberdinge Ziegler, i quali ammettono che il melena dipenda da anomalie della circolazione. Ricorda il Vogel che, nell'etiologia di questa malattia invoca la turgescenza (fisiologica) delle arterie mesenteriche e del loro sistema capillare. E più innanzi tien parola della friabilità dei vasi da las congenita (E b st e i n, B c h r e n d, B a g i n s k y a M r a c e k), della sepsi (N e umann), dell'azione mecrotizzante dei batterii sulle pareti vasali (C o h n h e i n, K l e b s).

Da ultimo discute delle lesioni primarie del cervello nel parto quali cause del melena (Schiff, Ebstein, Klosterhalfen, v. Pren-

schen).

A tal proposito l'autore fa rilevare che, non essendosi trovate emorragie cerebrali in tutti i casi di melena, si paè supporre che le medesime derivino dalle medesime cause delle emotragie intestinali e che non siano primarie. Quali cause del melena furone inoltre ammesse l'arresto momentaneo del respiro (E b s te i n), l'infiammazione acuta della mueosa gastrica (B i ll a r d), la degenerazione grassa dei vasi (S t e i n e r), la tubercologi della madre ecc.

Solo nel primo dei due casi riferiti dall' autore potevasi invocare come causa una lesione

primaria del cervello.

il. State attuale della teoria dell'ereditaristà della tabercolesi.—Keloman Szegő (Ospisto marino di Abbanzia). Ci occupammo di questo lavoro in altra rubrica del nostro giornale n. 65.

III. Salia miesite scariattineca.—Maximilian Brāok (Budapest) riferisce tre casi di miosite manifestatasi 2-8 settimane dopo l'assolto decorso dei sintomi acuti della scariattina in fanciulli rispettivamente di 14-8 172 e 11 anni.

La miosite si inisio con febbre di breve durata e, pei caratteri clinici, per nulla si differenziava dalla forma reumatica semplice, ed interessava specialmente i gruppi muscolari più voluminosi. Quale momento differenziale importante l'autore rileva l'artrite scarlattinosa che vi si accompagna.

IV. La nesfermazione sub-linguale dell' infanzia. (Maiattia del B.i.g.a, Neomembrana ab infectione interna, 1881 Morbo di Urbano Cardamentia, 1857) Paul Seamacon Federale.

(Napoli).

L'autore distingue tre tipi clinici di questa malattia: 1° I bambini oltre il tumore sub-linguale stanno del resto bene: 2° Manifestansi fatti gastrici, enterici o di altra natura; decorso protratto. 3° La malattia fin dall'inizio è grave e può persino produrre la morte. Descrive il tumore (papilloma) confortando la descrizione pon quella dei preparati microscepici; mei tumori esistenti da un certo tempo, vi è infiltrazione parvicellulare sullo strato papillare iperplastico edipertrofico e tra le religila trovasi fibrina disposta a reticolo. Confuta l'asserto di Pian e se che ritiene il tumore per granuloma come appare appunto a stadio inoltrato.

Dimostra il carattere punto infettivo del tumore stesso. In quanto alla terapia, basta l'escissione a consequtiva causticasione col nitrato d'argento.

V. Castributi alla pediatria.—W. Legin (Berlino)

1) Un caso di spasmo della glottide in bambino di 6 mesi (proprio figlio), senza rachitismo. Ritiene che lo spasmo stresso stia in correlazione intima con la digestione gastrica; anche per idiocinerasia per un dato elimento esso può produrei.

2) A proposito di 5 casi di corea da lui osservati si occupa della etiologia di questa malattia; dopo di aver discusso delle opinioni di Tuck well, Jackson, Osler, Peipper, Meyer ecc., rileva come nell'etiologia della corea abbia parte importante il renmatismo articolare pur non escludendo l'influenza dei fatti emotivi. Non crede si possa invocare la tsoria embolica della corea; i visii cardiaci, pol, avrebbero importanza subordinata nell'etiologia di questa malattia.

6) Ha osservato due volte l'iperplasia genuina della milza; una volta in un neonato di un mese e l'altra in un bambino di 1:2 anno, nel primo caso non si potè stabilire alcun dato eticlogico; il tumore scomparve con l'uso del liquore del Fowler.

Nel secondo caso v'era rachitide, il tumore occupava tutto il fianco sinistro sino alla creeta iliaca ed era molto duro.

Somministrò i marsiali e poi applicò la corrente elettrica: il tumore scomparve dopo 80 sedute; scemando il tumore, miglioravasi il colorito del volto.

VI. Un caso di starizitica sea differita, conza febbra (tipo B a r t e i s).—Varazii (Bukarest) comunica la storia clinica in un bambino di 8 1/2 anni, nel quale 8 giorni dopo l'apparire della scariattina comparve la differite (da lui curata con le causticazioni di acido fenico al 10 p. 100 e con le insuffiazioni di benzoato di sodio, acido borico e tannino a parti uguali) e sempre senza febbre; solo una volta vi fu ipertermia (88°,C) ma determinata da auto-intossicazione da coprostasi.

VII. Adolescenza precese la una fancialia di 6 1/2 anni.—G. E. Wiedimiroff. (Ospedale pei bambini Wiadimiro in Mosca). La fanciulia, che, partorita bene, all'età di 16 mesi cominciò a presentare segni indubbii di rachitismo (incurvamento delle estremità inferiori), all'età di 4 1/2 anni presentava peli al pube, un anno dopo le giandule mammarie s'ingrossarono molto.

L'assieme della fanciulla (altersa, peco del corpo, ecc.,) corrisponde a quello di una giovanetta
di 11 anni, cui fanno contrasto evidente le mammelle bene sviluppate ed i genitali esterni (come
in giovanette di 15 anni). Dai genitali, con imene anulare che permette il passaggio alla punta del dito indice, venne una sola volta fuori un
liqui io ematico in piocolissima quantità (poche
gocce); la fuoriuscita di questo liquido durò circa
di giorni e cessò spontanzamente. Fatto caratte-

ristico è il pudore della hambina non adeguate alla sua età. Non v'è eccitabilità sessuale, nè sitro di anormale nella sfera peichica. Nulla nel gentilizio.

VIII. VItilige in un fanciciis di 6 anni.— E. E. Windimiroff (Ospedale Windimiro pei bambini in Mosca). Da un caso di vitiligo caservato in un fanciullo di 6 anni, nel quale le macchie di vitiligo notavansi sulle palpebre dell'occhio destre, sulla porsione superiore delle guance e dei sigomi, trae occasione per trattare dell' etiologia della diagnosi e della terapia di questa maiattia cutance.

Nel fanciullo da lui osservato la macchie prano comparse dopo il 5° anno di età ed in 4 mesi orebbero di estensione; anche le ciglia divennero bianche; non ebbe il piccolo infermo altra malattia grave, nè seantemi oromici od sozi. Mon v'è sifilide. Del resto stava bene. Con il liquore del Fowler migliorò alquanto, ma son completamente.

IX. Sarcemeteci congenita della cuto.—E. Nesien (Clinice pediatrica di Heideiberga). In un bambino di 2 mesi, di genitori saniasimi, e di ostituzione robasta notavansi sulla cute del trome e degli arti inferiori moltissimi noduli grasi quanto una lenticchia; quanto una noce e perino quanto una piccola mela, duro-clastici; ipit grocci con pseudo-fluttuazione; sotto la clarico la cute che li covre è integra; sullo capo, sulla cute che li covre è integra; sullo capo, sulla braccia, sullo addome, pura altri tumoretti; su tutto il corpo, macchie brunastre che con la sei pasione risultano corrispondere ad altrettanti tumoretti posti nei celiulare sottocutaneo.

Dall'esame microscopico di un tumore escisso si hanno i caratteri del sarcoma a calinie retunde. Si fece diagnosi di sarcomi multipli del celulare sottocutaneo, della pelle e della mucces orale, e forse pure di organi interni. Il bembino mori dopo circa 12 giorni dalla sua recesione in Clinica, con ulcerazione di alcuni tumori.

Dall'autopsia risultò: Sarcoma della gamba destra, metastasi nel poplite sinistro, nei flassori della gamba, nelle glandule iliache, nei manocas ed iliaco, negli intercostali, pettorali, sterno cieido-mastoidei, nelle giandule retro-gastriche, intorno ai reni e nel parenchima ranale di ambo i lati, nel enore, nel timo, nel giuguio, nella mucosa della guancia destra, nella cute degli arti, del tronco, del collo, del capo e dalla sartiche.

Lieve idronefrosi del rene sinistro per compressione dell'uretera da masse di tumori se piecolo bacino.

Serebbe questo il 4º caso della letteratura di vero sarcoma multiplo congenito della cute.

Links

NOTIZLE

Esposizione internazionale di nueve invenzioni ' a Vienna

Dal maggio all'ottobre del corrente anno verrà tenuta nel giardino inglese del Prater di Vienna una Esposizione internazionale delle nuove invenzioni. Essa verrà divisa in 12 gruppi:

- 1. Illuminazione, riscaldamento, ventilazione;
- 2. Sistemi e mezzi di salvataggio, comunicazioni, igiene;
 - 8. Sport :

5.

¢

2

- 4. Arte decorativa, mobili, vestiario, articoli casalinghi e utensili di cuc ca;
 - 5. Articoli di viaggio ed oggetti di canceller.a;
 - 6. Arte militare ;
 - 7. Arti grafiche;
 - 8. Musica e istrumenti musicali;
- 9. Il bambino, sua igiene e sua nutrizione, cure fisiche, vestiario, istruzione, giuocattoli;
- Automati, telefoni, telegrafia, fonografia, chinetoscopia, cinematografia;
- 11. Apparecchi di protesione dagli infortuni del lavoro;
- Comodità (confort), piccoli oggetti di uso personale.

Le domande vanno indirissate al rappresentante generale dell'esposizione per l'Italia, cav. dott. G i use p p e L a m p e r t i e C, Roma, via degli Ufficii del Vicario, n. 17:

Bagni copitalieri a Parigi

L'ospitale Saint-Louis ha distribuito 251,714 buoni per bagni gratuiti presso pubblici stabilimenti, e precisamente: 99,206 bagni medicati; 4,761 semplici; 2,781 bagni a vapore; 6,110 domie composte; 185,961 doccie semplici; 2,895 fumigasioni.

L'acquedotte delle Puglie

Pare che la soluzione del tanto sospirato problema dell'acquedotto pugliese vada avvicinandosi alla fase di attuszione. Giorni sono si riuniva nuovamente la Commissione per l'acquedotto, sotto la presidenza dell'onorevole Pavoncelli. La sospensiva, proposta dallo onorevole Cadolini, non venne accettata, fu invece accolta la proposta Giusso, dalla maggioranza della sotto-Commissione, per una derivazione da sorgenti nella regione del fiume Sele. Si delibero che saranno più particolarmente studiate quelle sorgenti, coordinando gli studii anteriori, per concretare e definire un

progetto tecnico di un unico acquedotto per le tre Puglie. Una sotto-Commissione, nominata dallo stessoonorevole Pavoncelli, sará incaricata di tale studio definitivo.

Concerse per stufe fumiyere

La « Deutscher Verein von Gas und Wasser fachmänner » apre un concoso per una stufa a coke, allo scopo di sopprimere il fumo spandentesi grandemente nelle città settentrionali. Premio unico marchi 5000. Scadenza il 1º settembre 1897. Per schiarimenti rivolgersi al segretario della società, M. K.: Hesdenreich, Berlin, n. W. Thurmstrasse, 19.

Boliettino sanitario italiano del mese di decembre 1896

Nella compilazione del presente bollettino si è tenuto conto delle schede pervenute fino al giorno 5 marzo 1897.

Sopra \$260 comuni del regno, 1688 dichiararono che nello scorso mese di novembre eransi verificati casi di malattie infettive; 4951 dichiararono che la popolazione ne era stata completamente immune, inviando un bol lettino in bianco, e finalmente 1621 non inviarono la scheda.

Confrontando la statistica del mese di decembre 1896 con quella del decembre 1895 e con quella dei mesi precedenti nello stesso anno 1895, si hanno per tutti i comuni del regno, che contavano compressivamente circa 81 milioni d'abitanti al 81 decembre 1895, le cifre seguenti:

	1	Casi denunciati nel mese									
M esi	Vainolo	Morbillo	dearlattina	Febbre tifoi- des	Tifo esantema- tico(petecchia)	Difterite	Febbre puer- perale	Pustola mali- gua	Rabbia	Influenza	
	•	1									
Genn.		11008		2169		2412		122	8	880	
Febb.		14219		1525		8244	250	101	14		
Mar.	₹78			1404		2086	262	82	16	8451	
Apr.	909					1579	250		11	_	
Mag.	1062	19884				1485	209	74		11111	
Giug.	1068					1497	170	119		_	
Lugi.	935	18874				1469	170	258		_	
Agos.	491	7154		8107		1640	180		14	-	
Sett.	668			9103	84	1609	197		14	_	
Ott.	660		1018			1526	161	181	21	_	
Nov.	858	6266	1088	5850	44	1777	198	119	12	_	
· >204	827	9962	040	8246	W1	2110	190	168			
96'(ç: 36'(ç:	989	8759		8767		2824	237	164		901	
2/20	# 03'	0108	TIOL	0101	40	AU24	40(104	9	891	

CONGULENZA LEGALE

dal prof. avv. Pietre Ceglielo (Genova, via Roma 8)

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE DEGLI ARBONATI

Al sig. S. N. da F. C.

I. Può un comune ridurre la condotta ai soli poveri. e ridurre quindi lo stipendio del medico condotto, che abbia acquistata la stabilità?

Risposta. Il comune è libero di restringere la condotta medica ai soli poveri, specialmente quando eccedesse la sovraimposta: non può però sotto alcun pretesto ridurre al medico, divenuto stabile, lo stipendio, sul quale si è consolidata la sua stabilità. Occorre però che la deliberazione, con la quale fin stabilita la condotta medica estesa alla generalità degli abitanti sia stata debitamente approvata, come spesa facoltativa, dall'autorità tutoria nel caso, in cui il comune eccedesse la sovraimposta.

Si noti però, che la quiescensa del medico alla ridusione dello stipendio, toglie la possibilità di reclamare per la invariabilità dello stipendio. Quindi il medico condotto deve a senso dell'art. 270 legge com. prov. ricorrere in via gerarchica nel termine di giorni trenta dalla intimasione della deliberazione riducente lo stipendio.

II. Chi deve ritenerai per povero per gli effetti della condotta por i poveri? »

Risposto. La legge non da criterii per rispondere ad una tale domanda. Il non esser iscritti tra i contribuenti, e, ove esista la tassa di focatico, il non pagarla o il pagarla nella misura minima sono i criterii più certi.

La Giunta comunale può, caso per caso pronunciare sulla questione.

Al sig. dott. R. B. di B: (Sicilia).

1º I medici condotti, nominati a tempo indetermi nato. possono essere, prima di acquistare la stabilità, licenziati di anno in anno sensa bisogno di motivazione. (Giurisprudenza costante), È legale la deliberazione di licenziamento, durante il trienzio di prova, se anche sia motivata dal solo scopo di non conferire al medico condotto il diritto alla stabilità. (Sez. Consiglio stato, 19 maggio 1896, etc.).

2º A completare il triennio di prova non può mettersi in calcolo il periodo posteriore alla deliberazione di licensiamento.

8º La nomima interinale di un medico condotto fatta dalla Giunta municipale a ciò autorizzata da Consiglio non può riguardarsi come nomina definitiva, nè il successivo esercizio della condotta come efficace a senso dell'art. 16 legge sanitaria 1888.

4º Tuttevia ha deciso il Consiglio di Stato (8 agosto 1896), che non impedisce l'acquisto della stabilità del medico condotto, regolarmente nominato « quando si dà benst la diffida di cessazione dal servisio prima dal compimento del tricamie di prova, ma si mantieme indefinitamente, per quanto in forma interinale, il medico condotto agli stessi fatti e alle stesse condizioni ».

le Esser nostra opinione, che il signor dott. R. B. non ha acquistata la stabilità;

Così stando le cose, concludiamo:

2º Che parò ci sono appigli per sostenere la sua stabilità, dato l'indirizzo attuale della giurisprudenza:

8º Che in questo 2º caso e, dato che sopravvenisse una deliberazione municipale, esplicitamente od implicitamente ledente il preteso diritto, si aprono due vie:

s) quella del contensioso amministrativo, da incominciarsi con ricorso alla Giunta provinciale amministrativa in sede, contensiosa entro 80 giorni dalla notifica della delibera, che si vuole impugnare, quando si voglia l'annullamento dell'atto amministrativo.

b) quella giudisiaria ordinaria, quando si voglia la proclamazione del diritto alla stabilità con risarcimento dei danni.

Al sig. dott. Luigi D. Gaetano.

La tacita ricondusione non pnò ammettersi, quando vi è una disdetta valida data in tempo utile, con la quale non contradice la preghiera accettata di assumere alla scadenza del termine contrattuale un servizio provvisorio.

Il servizio provvisorio, per quanto durato per molto tempo non da dritto alla stabilità (Cons. di Stato 80 marzo 1894, 18 aprile 1894, 22 dec. 1892), tanto più, se un tale servizio provvisorio è stato accettato, e se quindi vi è stata di fatto interruzione nella cura medica e nell'esercizio della condotta.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Cattedre suinersitare

Parma. — É aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v. Sommanio. — 1. Note del giorno. L'avvelenamento per funghi. — 2. Lavori originali. Ospedale Incurabili di Napoli. (Clinica medica del prof. A. Biondi). (lontributo allo studio della corea cronica progressiva, pel dott. Giuseppe Villani. - 8. Società scientifiche. — 4. Nostre corrispondense. Clinica medica propedeutica di Pavia, diretta dal prof. Silva. --5. Rassegna della stampa. Patologia e clinica medica. - 6. Notinie.

NOTE DBL GIORNO

L'avvelenamento per funghi

Tra tutte, le sostanze velezose alle quali si può astribuire la tossicità di certi funghi, finora la sola musearina ha potuto essere isolata e caratterissata; non pertento non si può ritenere che essa sola sia quella sostanza deleteria per la quale si contano i casi nei fasti consecutivi all'ingestione dei funghi,

Per Pouchet (Progrès mèdical, 27 febbraio 1897) i funghi non rappresentano che grossi batterii o, per meglio dire, colonie batteriche; eggi in fatti costivaiscono, come i batteri, potenti agenti che trasformano la materia organica in decomposisione ed attivano notevolmente il ritorno delie sostanze organiche alle combinazioni semplici suscattibili di essere utilizzate in seguito dalle piante ed essere costari introdutte nel circulus vitae.

I funghi, trasformano i residui che il tubo digerente dell'uomo non potrebbe ricevere, in sostanze assimilabili, saporite; el il quantitativo in asoto e carbonio contenuto nei teseuti dei funghi è quasi identico a quello contenuto nella carne,

Sotto questo punto di vista i funghi costituirebbero la carne del povero, ma essi sono guardati con diffidenza ed abbandonati unicamente pel fatto che è melto difficile distinguene gl'innocui dai velenosi. Ma intanto ve ne sono specie che non sono mai tossiche, che sono faciliesimamente assimilabili, più ancora della carne, e che risvegliano un senso di benessere fisiologico.

Quali sono i caratteri per cui possiamo distinguere la buona dalla cattiva specie?

La oredulità del popolo, i pregiudisii del volgo ne hanno dati parecchi; i buoni funghi non annerirebbero l'argento ed i cuechiai di metallo, con i quali si rimescolano; i cattivi, al contrario, si comporterebbero oppostamente, Ai caratteri precedenti, le specie cattive aggiungerebbero quelli di colorare in nero il succo di cipolla, di coagulare il latte, di crescere all'ombra di foreste ossure e di essere respinti dagli animali.

Però la repulsione degli animali per le specie velenose è un fatto completamente falso, poichè l'amanita bulbosa che è la specie più tossica è l'alimento preferito delle lumache e degli, insetti inferiori.

Le differenti fa niglie e le diverse specie, contano tutte varietà che possono mangiarsi, e varietà velenose.

Nella serie delle amanite, abbiamo specie che possono essere velenose o non, a seconda delle circostanze. Così nella classe dei boletus troviamo il boletus edulis, accanto al boletus satanas che è velenosissimo; e poi a lato del lactarius deliciosus quello piperatus che è tossico.

Sa è possibile ad un ocahio eserpitato e ad una intelligenza sagace di poter scegliere le spede buone da quelle mortifere, non è però sempre facile, dai caratteri appariscenti di un fungo, poterne fare una scelta giudisiosa.

Così si spiega come talune specie sono state dette semplicemente sospette; perché, mentre v'ha chi le ritiene innocue, altri portano fatti evidentissimi di gravi danni incorsi in seguito alla loro consumazione.

La tossicità di certe specie è variabile : forse essa è in rapporto con la natura del terreno che probabilmente influisce sull'elaborasione dei prodotti formati dall'attività vitale del vegetale nel corso della sua esistenza, come la natura del terreno di cultura di un batterio influisce sulla virulenza di questo ed ora l'accentua, ora l'at-

Il Poughet è di parere, che per tentare di spiegare l'azione tossica dei funghi, bisogna tener conto della presenza nei loro tesseuti, di tos-

Allo stesso modo che vi sono specie batteriche le quali non diventano mai virulente, si hanno varietà di funghi che sono sempre inoffensive; ai batterii sempre vimalenti si, possono contrapporre i funghi velencei; finalmente le specie li funghi sospette si possono, paragonare a quei batterii che, mutandosi certe date condizioni, sono ora innocui, ora patogeni.

Le prove della presenza delle tossine nei funghi abbondano; nei Vosgi l'amanita uccidi-mosca macerata in acqua acidulata, poi bollita nello stesso liquido, non é mai tossica, come il liquido in cui visse un batterio, riscaldato con aceto può diventare inoffensivo.

Il succo dell' amanita muscaria, privato (per coagulazione) delle sue materie albuminoidi non è più tossico, mentre evaporato a bassa tempsratura, dà un estratto dotato delle stesse proprietà del susco naturale. Tutti questi fatti permettono di assimilare i funghi ai batterii.

In appoggio di tale interpretazione sta esiandio il fatto seguente: l'iniesione ipodermica del succo di certe specie nocive fa perire gli animali inferiori i quali si nutriscono impunemente di quella stesse specie, mentre l'iniezione del succo dei fanghi mangerecci riesce del tutto innocus.

D'altra parte, specie quasi inoffensive, non determinano che lievi e passeggieri disturbi quando vengono mangiate immediatamente dopo ra:colte, mentre diventano tossiche quando vengano ingerite appena dopo che è trascorso un po' di tempo. Dippiù, comparando i sintomi di avrelenamento, determinati da alcuna specie, di funghi con quelli che provoca la carne guasta, si è col-

piti dalla grande analogis.

Questo secondo ordine di fatti si può interpretare ammettendo che se il fungo non fabbrica o non ha fabbricato durante il suo crescimento le tossine che racchiude, almeno la trama del suo tessuto deve costituire un messo favorevolissimo per la cultura dei batterii capaci di produrre tossine.

L'azione più generale esercitata sull'organismo dai funghi velencei si esplica con una irritazione più o meno violenta della mucosa digestiva; il sistema nervoso non interviene nella manifestazione dei fanomeni tossici che quando nella polpa del fungo ingerito si trovi la musearina.

La maggior parte degli avvelenamenti per funghi, secondo tutte le statistiche, è dovuta a quelli appartenenti al genere « amaniti » della famiglia delle «agaricines » (90 p. 100 dei casi).

Il loro aspetto eleganta, il loro odore talvolta piacevole, il loro sapore dolce, fine, profamato, la grande telleransa dello stomaco pel loro tessuto, talvolta anche la completa digestione di questi funghi (effettuatasi prima della comparsa di qualsivoglia sintoma d'intessicazione) poseono facilissimamente produrre sorprese spiacevolissime.

Come caratteri generali, questi funghi presentano un cappello carnoso, un tallo fibro-carnoso ed al disetto del cappello, lamelle moltissime . larghe, membranose, sdoppiate e sono regolari e di

forma elegante,

Come caratteri particolari, presentano una volva in cui si sviluppa l'amanita; la rottura della volva si effettua differentemente a seconda della solidità di essa, secondo la forma e la viscosità del cappello. Ai momento della rottura della volva, l'amanita cesaria prende l'aspetto di un novo uscito dal guscio, mentre il cappello della amanita muscaria presenta qua e là frammenti disseminati nella sua volva, che gli dànno un aspetto lardaceo.

Il tallo di questi funghi può essere inguainato o munito di un collaretto, talvolta circondato da un sacco, o presentando alla sua base una bordura (semplice o a più ordini) intiera o laciniata,

a squame o a songlie,

I principali rappresentanti di questo gruppo sono: l'amanita odesdrez o cibus decrum, l'amanita muscariz (variamente velenosa): l'amanita phalloides, l'amanita virosa, l'amanita pantherina,

l'amanita mappa, tutte velenosissime.

Le specie non velences sono molto saporose e mangerecce; le specie poi velences producono sintomi molto analoghi, ma però differenti da quelli indotti da specie tossiche di altre famiglie; ciò che li differensia sopratutto è il loro effetto stupe-faciente che si aggiunge a tutta la sindrome banale prodotta dai fanghi di altre specie velencese.

La sintomatologia dell'avvelenamento per funghi è molto incerta e molto confusa, perchè si possa differenziare quella appartenente ad una specie da quella propria di un'altra.

Il Reveil parò de esperimenti istituiti su passtrotti ai quali comministrava le diverse parti ventano sanguinolenti accompagnate da dolori

dei diversi funghi amaniti, ha potuto stabilire che l'amanita phallozdes e l'amanita pantherina costituiscono le 2 specie più velenose; 1 gr. dell'una o dell'altra bastano ad uccidere un passero, mentre occorrono 8 grammi dell'amanita muscaria per ottenere lo stesso risultato; le lamelle pare costituiscano la parte più attiva della pianta.

Per quel che concerne l'amanita muscaria, le osservazioni più degne di fede, l'hanno fatta ritenere ore inoffensiva, ora velenosa, ora sospetta.

I tentativi di analisi immediata dell'amanita appartengono al Letellier il quale isolò una sostanza solubilizzima nell'acque, poco solubile nell'alcool, insolubile negli olii e nell'etere, sostanza che egli chiamò amanifina la quale determina, come effetti fisiologici, l'abolizione della sensibilità e della motilità; secondo questo stesso autore, com si troverebbe unita ad una sostanca acre irritante resistente alla cottura. Più tardi il B o udier ritenne come principio attivo dell'amanita, una sostanza che si precipita col tannino e con la solusione jodo-jodurata. Le ricerche di Cordier e di Révell non confermarone la opinione di Boudier per quel che riguarda l'azione dei tannino. Reveil isolò per conto suo 8 sostanze e cioè :

Una volatile, odorante, alla quale il fungo deve il suo profumo, molto fugace, solubile nell'etere molto toesica; sperimentata nella rana, essa determina vertigini, tremori, intenso eccitamento segnito da grave depressione; sotto la sua azione si constata abolizione della sensibilità, pur restando integre l'attività nervosa e la muscolare; sotto la sua influensa le cavie ed i conigli muoiono rapidamente in uno stato comatoso;

Un prodotto solubile in acqua, che ha azione sul cuore, sostanza stupefaciente, la quale, per la sua quantità, attività e tossicità, rende pericolosi tali funghi e che si ravvicina molto all'amanitina di Le t e lli er;

Un principio resinoso, solubile nell'alcool, insolubile nell'acqua, il quale si trova in solusione nel succo del fungo, principio irritante, flogogeno.

Però Schmiedeberge Koppe, diedero l'analisi completa del principil dell'amanita. Secondo questi ricercatori, in questa pianta vi sono 2 alcaloidi; la muscarina od ossinevrina, e l'amanitina, sostansa ben definita e differente pei suoi caratteri dall'amanitina di Letellier. Si separano utilizzando le proprietà fisiche dei loro cloridrati e meglio ancora dei cloraurati: il cloridrato di amanitina cristallizza facilmente, mentre [quello della muscarina è deliquescente.

I sintomi dell'avvelenamento si determinamo tardivamente (4.48 ore) dopo l'ingestione del fungo. Il medico deve tener conto di tutto questo. A questi disgraziati il cui torrente circolatorio porta in giro da parecchie ore i principii tossici del fungo, è inutile dare vomitivi, poiché all'ipossenia prodotta da quelli, si aggiungerà l'azione ipostenismante dell'emetico. L'eccitamento violento della mucosa gastro-intestinale determinato dalla sostanza irritante si manifesta con dejesioni multiple, le quali prima vuotano l'intestino e poi diventano sanguinolenti accompagnate da dolori

atroci; poi l'infermo cade in un collasso causato dall'enorme dispendio di forse impiegato nelle contrazioni. In questo momento appare lo stupore che si traduce in primo tempo con una specie di ebbrezza e poi con vertigini, tremore, titubazione, respirazione anelante; il cuore diventa irregolare, l'infermo è colpito da sincopi.

Si notano modificazioni della pupilla, disturbi visivi, aberrazione intellettuale, delirio, stato di profondo stupore; la faccia è pallida, un sudore copre il corpo, il polso si ralienta considerevolmente, la temperatura si abbassa talvolta di 8 a 4 gradi e la morte sopravviene nel coma in capo ad 1-5 giorni. Durante il periodo di evoluzione di questi gravi accidenti si ha anuria quasi completa. Frequentissimamente, se l'infermo ha la fortuna di scamparsela, i fenomeni di gastro-enterite perdurano e mostrano una grande ostinatessa alla guarigione.

Nell'evoluzione di questi fenomeni si possono constatare variazioni dovute alla specie del fungo, al suo grado di sviluppo, alla preparazione culinaria subita, alla dose ingerita ed in fine alla

età del soggetto che ne mangiò.

Non è raro vedere che, in una famiglia avvelenata per funghi, i più giovani muoiono prima che i vecchi (che moriranno poi anch' essi) non accusino il primo rissatimento.

Le lesioni anatomiche che l'antopsia fa rilevare, si avvicinano di molto a quelle che possono

determinare i morbi simotici.

La decomposizione del cadavere è rapida; lo stomaco e l'intestino sono tesi per gas fetidi; la mucosa gastro-intestinale presenta una tinta violacea, uniforme, che va svanendo verso il cieco ed è scomparsa nel grosso intestino, il quale si rinviene generalmente vuoto e pallido. Chiagse ecchimotiche, talvolta anche gangrenose si osservano disseminate nello stomaco e nel tubo digestivo; il fegato, talvolta enorme, è scolorato, rammollito. La milsa è oltremodo congesta; i polmoni, ingorgati, sono sede di infiltrasioni sanguigne, il cuore, fiacci dissimo è pieno di sangue nero e fiuido.

Come si vede, sono le stesse lesioni che si potrebbero riscontrare in una pneumonite infettiva, nel tifo, nella pneumo-enterite.

Talvolta l'intestino contiene residui di funghi, e questo reperto ha grandissima importansa dal

punto di vista medico-legale.

In fatti, che l'avvelenamento sia dovuto ad una tossina o alla muscarina, la ricerca chimica di questi veleni è impossibile. Per poter stabilire la diagnosi, occorre ricercare, nelle fecce o nel contenuto enterico, gli elementi anatomici del fungo. Bou di er ha dimostrato che la cottura non altera la forma delle cellule (sopra tutto quella delle spore) ed è facile la ricerca di questi elementi.

La costituzione chimica della muscarina spiega la facilità con la quale può sdoppiarsi e quindi la impossibilità di rintracciaria nelle viscere di un individuo morto avvelonato per funghi. Si sa attualmente che essa rientra nel gruppo della betaina e si originerebbe nel tessuto del fungo a spese della amanitina, corpo isomero della colina. L'estrazione di questa base è delicatissima.

La muscarina è una base deliquescente che ha grande affinità per l'acido carbonico. Con i differenti acidi forma sali deliquescenti. E' insclubile nell'etere e nel cloroformio; invece è solubilissima nell'acqua, e ciò epiega la grande facilità del suo assorbimento e la rapidità nella manifestazione dei fatti tossici.

Cinque milligrammi possono produrre nell'uomo sintomi allarmanti.

La muscarina si elimina per il rene e, strane a dirsi, mentre eccita tutte le secresioni delle varie glandule, arresta quella urinaria. Così si spiega l'anuria quasi completa durante il periodo di evoluzione dei gravi accidenti dell' intessicamento per funghi amanitici.

A dosi elevate, la muscarina provoca soosse muscolari e contrasioni tetaniche, nonché contrasioni spasmodiche intense delle fibre muscolari lisce della vescica, dell'intestino e dello stomaco.

Con una serie di esperiense rigorose, il Prèvost ha dimostrato che questo alcaloide: aumenta la secresione biliare considerevolmente, fa diminuire ed arresta persino quella urinaria, provoca la salivare e quella enterica, arresta il cuore in sistole. La muscarina diminuisce l'attività funsionale del sistema nervoso centrale e lo paralissa rapidamente ; abbassa l'eccitabilità del sistema nervoso periferico e possiede un'asione paraliszante sui vasomotori; sotto la sua influenza, la tensione sanguigns, prima abbassata, subisce un sollevamento passaggiero; poscia sopraggiunge la vaso dilatazione periferica, che può manifestarsi con ecchimosi e petecchie. La respirazione, prima accelerata, in seguito si rallenta; la pupilla prima lascia notare uno spasmo dell'accomodazione e poi si contrae.

Accanto alla muscarina, nei funghi velenosi (almeno quelli appartenenti alla classe delle amaniti) si è riscontrata la presensa di nevrina, di colina, ecc., tutti prodotti di secrezione ordinaria di un gran numero di batterii. Tutti questi fatti costituiscono pel Pouchet prove sufficienti per giustificare sempre più l'analogia che esiste tra i funghi ed i batterii dal punto di vista della formazione delle sostanze tossiche, appartenti al gruppo di tutti quei prodotti ancora indeterminati, cui fu dato il nome di tossine.

Nacciarone

LAVORI ORIGINALI

OSPRDALE INCURABILIT DE NAPOLI, (Olinica medica de prof. A. BIORDI) -- CONTRIBUTO ALLO BTU-DIO DELLA COREA CRONICA PROGRESSIVA, pel dott. GIUSEPPE VILLANI.

(Cont. e fine - Vedi num prec.)

Quante lesioni non si son trovate alle sezioni di coloro che aveano sofferto in vita la corea cronica! Ma la pachimeningite, la congestione della pia madre, l'aderensa delle meningi tra loro e con la convessità degli emisferi, i focolai d'ancefalite, la degenerazione pigmentaria delle cellule piramidali, tutte queste alterazioni su cui si sono fermati C a r l o D a n a, K r o n t h a l, M a c l e o d ed altri si sono trovate assenti in moltissimi casi che son decorsi clinicamente in maniera perfettamente identica. E basterebbe inoltre la varietà di tutti quei reperti per "far dubitare che essi siano davvero la causa efficiente della malattia.

Non è dunque venir meno allo spirito di ricerca, ma solo più corrispondente ai fatti il non dipartirsi dalla nozione semplicissima, che per il turbato equilibrio del sistema nervoso, i centri motorii non adampiono più normalmente al loro ufficio. Quali poi tra questi centri siano i primitivamente e i più cospicuamente interessati non si può dire agevol mente: è alterata solo la funzione delle cellule corticali, o non è invece la lesione più estesa lungo tutto l'asse cerebrospinale anche nelle cellule dei negroni motorii periferici? Al certo, pur ammettendo che il diaturbo primitivo risiede nelle cellule motorie della corteccia, poichè quel disturbo deve manifestarsi all' esterno, passando per i- centri inferiori, vale a dire per le cellule della midolla spinale, è naturale che anche queste siano lese nella loro funzione, sia pure secondariamente, obbligate come sono a rispondere alle eccitazioni morbose provenienti dall' alto e a risentirne quindi alla lunga il contraccolpo. Gowers ha fatto giustamente notare che alle volte possono soffrirne consideravolmenta anche i narvi pariferici ed i musceli, in cui si sono pure osservate delleanomalie nell'eccitabilità elettrica,

Ma dovranno essere sempre, come lo vuole Gowers, le cellule motorie corticali le primariamente interessate in ogni caso? E non potrebbero anche i centri motorii inferiori essere i primitivamente affetti in certi infermi, e quell' alterazione poi estendersi in giù verso la periferia ed in su verso la regione corticale? E non si potrebbe forse anche scorgere in ciò una ranno sempre tante difficoltà nelle ricerche observativa.

delle cause per le quali alcuni tra i sintomi importanti appaiono ora più presto ora più tardi;
a seconda i diversi infermi? Quando la malattia, ad esempio, cominciasse con un disturbo
prevalente delle cellule motorie midollari, i disturbi psichici si dovrebbero più tardi sviluppare, meno rapidamente progredire; forse qualche rarissima volta non manifestarsi neanche
durante tutta la vita dell' infermo; quando invece le cellule motorie corticali fossero le prime
ad esser lese nella loro funzione, più precocemente dovremmo assistere alla decadenza delle
facoltà intellettuali.

Nè vi è mancato chi ha creduto di *covare la sede della lesione coreica nei cordoni piramidali o nella loro vicinanza. E' il cordone piramidale che, secondo Kromer, è interessato: in certi casi, egli soggiunge, sono semplici alterazioni molecolari che sfoggono ai nostri mezzi d'investigazione. Il cordone piramidale appartiene anch' esso alla via motoria; meglio dunque sarebbe parlare dell'alterazione dei centri nervosi motorii in generale, sia poi differente nei diversi casi il sito dove quell'alterazione ha avuto principio ed è più ocspicua.

Ma possiamo noi scapettare la causa intima, perchè questi centri si sottraggono in tal maniera alle leggi fiziologiche, perchè essi acquistano un tal predominio, e non adattano il loro lavoro ai bisogni comuni e complessivi del meccanismo nervoso, trasmodando invece, ed esplicando la loro attività in una maniera esagerata ed irregolare? Ma poiché essi esercitano una funzione così eccessiva, non avranno forse una nutrizione più ricca degli altri centri? Non si può certo immaginare una maggiore attività di determinati centri, senza che la nutrizione non si compia in essi più attivamente. E non dipenderà forse questa differenza nel coefficiente nutritivo dei diversi centri nervosi della diminuita capacità nutritiva di tutto intero l'organismo? E' solo quando i poteri e le facoltà nutritive del corpo mon sono ad un livello fisiclogico, ma ne restano al di sotto, che anche sal sistèma nervoso tutti i centri, tutti i gruppi cellulari non possono essere ugualmente irrorati da un'uguale quantità di elementi nutritivi; alcuni ne riceveranno maggior copia che gli altri. Così in fendo il disturbo d'equilibrie nell'asione neuro-dinamica dei centri nervosi si ridutrebbe ad un disturbo d'equilibrio nella nutrisione. Ed è forse per questa ragione che si trovano e si trovesi fanno per sceprire qual è il sostrato anatomico delle differenti nevrosi. Più che la lesione grossolana, la quale, anche quando si trova, non sarà forse che l'ultimo esito, il caput mortuum di processi patologici che sono stati essi i veramente attivi nello sviluppo del male, bisognerebbe penetrare nell'intimo della cellula nervosa, e a tempo debito, per iscoprirne l'alterato processo nutritivo. Qu sto finora si perde nel gran vuoto che la chimica organica presenta a tale riguardo.

Quanta importanza abbia la costituzione, l'attività nutritiva della cellula nervosa, ci vien dimostrato ancora dal concetto che alcuni tra i più aistinti clinici si fanno di malattie le quali, diversamente dalla corea cronica, hanno un'anatomia patologica di già ben certa e stabilita. La paralisi progressiva degli alienati ha per sostrato anatomico inisiale un'encefalite vascolare diffusa. Ma, dice Raymond, tutti gl' individui colpiti da encefalite vascolare diffusa non sono per ciò solo ancora dei paralitici generali. La paralisi generale non sopravviene che quando l'elemento nervoso comincia a soffrire del cattivo stato del suo apparecchio di nutrisione; la precocità, la tendensa ad ammalare della cellula nervosa dipende dalla sua fragilità, ed il contrario dalla sua soliditá. Quanto più di questa diversa resistenza, di questa diversa attitudine nutritiva degli elementi nervosi non deve tenersi conto nelle nevrosi! Quell'atrofia delle circonvolusioni, cui H o p p e nheim e Hoppe, danno una così grande importansa da farne la base anatomica della corea cronica, non dovrà forse dunque anch'essa essere riguardata per niente altro che come un esito finale di disturbi nutritivi, che hanno luogo nell'intimo degli elementi nervosi e che ancora ci sfuggono interamente? Ma quanto riuscirà difficile fissare gli atti iniziali ed intermedii di questi processi! e se ciò è vero per le nevrosi croniche, quanto sarà più particolarmente ardua questa ricerca per quei disturbi funzionali che si esplicano con tanta variabilità nella vita di uno stesso individuo, ora manifestandosi col predominio d' un determinato centro, ora con la tensione esagerata d'un altro, ora col difetto di asione in un terso e via dicendo (1)!

Per quanto semplice intanto la maniera seguita

fin qui nello studio patogenetico della corea cronica, essa basta per illuminarci in qualche modo, per farci comprendere un pò meglio quei vincoli di parentela pei quali essa è legata, come la clinica a quando a quando ci dimostra, alle altre nevrosi. La paralisi agitante che noi abbiamo per un momento mensionata e trovata vicino alla corea cronica si manifesta anch' essa a tutta prima con sintomi prevalentemente motorii: anche in essa dunque i centri motorii sono deviati dalla loro funsione normale, e tutto lascia supporre che si tratti anche qui di disturbi nutritivi. Che poi quei sintomi abbiano delle modalità particolari, dei determinati caratteri, per cui si differenziano da quelli che noi riscentriamo nella corea, ciò non dovrà dipendere da altro, se non che differente è il processo d'alterata nutrizione che si svolge nell'intimo delle cellule nervose. In quante maniere diverse infatti il processo nutritivo può deviare dalla norma e dare quindi, pur localizzandosi nel medesimo sito, sintomi differentissimi! La paralisi agitante intanto ha, come la corea cronica, i suci disturbi psichici, che non è qui il luogo di far ri-altare; Raymond ha propugnato con molta convinzione la formula mentale del morbo di Parkinson, formula che darebbe la chiave della patogenia di quest'affezione.

Questo riavvicinamento tra le diverse nevrosi, cui ci conduce in conclusione l'indagine patogenetica, contribuisce a dimostrare quanto più particolarmente per esse sia giusto il principio difeso da Landouzy, da Grasset, da Rajymond, che, cioè, esse non sono in fondo delle malattie del sistema nervoso nel senso nosologico della parola, che tali affesioni sono delle sindromi, delle associazioni di sintomi, che indicano semplicemente uno stato speciale del sistema nervoso, il quale qui si esplica in una determinata maniera, li in un' altra. Il nome di queste sindromi si aumenterà giorno per giorno sempre più a misura che si estende il campo dell' osservazione clinica; l'alterazione fondamentale però che loro dà origine resta sempre la stessa. cioè la cattiva ed ineguale nutrisione degli elementi nervosi, che porta lo squilibrio nelle funzioni, ed è proveniente alla sua volta dalla deficiente attività nutritiva di tutto intero l'organismo.

Quanto è esatto risalire a quest'ultima causa, nel ricercare l'origine prima delle nevrosi, ci vien pure confermato dall'affinità che esse hanno con la grande famiglia delle malattie artritiche. Queste sono anche prodotte da anomalie della

⁽¹⁾ Forse le ricerche moderne sulle differenti alterasioni nella composizione protoplasmatica delle cellule nervose nelle divers: malattie ci dară un giorno un po' di luce su questi ardui argomenti. Vedi gli studii ci Schaeffer, d'Acquisto e Pusateri, di Pandi, Lugaro e Marinesco.

nutrisione le quali si esplicano in determinate famiglie, ora col diabete, ora con la gotta, ora col reumatismo o con la polisarcia e via dicendo, quando susseguendosi nello stesso individuo, quando alternandosi tra individui congiunti insieme da vincoli di parentela, in maniera che anche di essa si può dire che costituiscono più che altro delle sindromi, non delle vere malattie A tale conclusione è arrivato recentemente anche Marie pel diabete, dopo d'aver dimostrato quali differenze cliniche importantissime esistono tra i diversi casi di questa malattia.

Ragionevolmente dunque la scuola francese, con a capo Charcot, ha dato a tutto questo succedersi di malattie differenti a primo aspetto, ma associate tra loro da stretti legami, il nome di neuro artritismo. Nello studio della patologia bisogna ogni tanto, diceva Charcot, tirarsi all' indietro, fare come il pittore che vuol guardare un quadro non più nei suoi dettagli, ma nell'insieme. La coesistenza delle due diatesi nervosa ed artritica ci viene nella corea dimostrata dal ritrovarsi assai frequentemente il reumatismo associato con essa. In vero si tratta in questi casi della corea infantile: rarissimamente si è riscontrato il reumatismo coincidere con la corea cronica progressiva. Questo sarebbe ansi l'ultimo dei caratteri differensiali, dopo quelli che sono stati già svolti, il quale dovrebbe contribuire a fare ammett-re quella diversità di natura fra le due malattie, che, come abbiamo dimostrato, non esiste. Charcot, come si sa, opinava che non il reumatismo ingenera la corea, ma è il reumatismo che indica una determinata disposizione dell'organismo, disposizione la quale potrà essere nel tempo stesso causa della corea. Corea e reumatismo dipendono entrambi da un sostrato nutritivo viziato che esplica i suoi effetti con quelle due lesioni, e queste ora si succedono l'una all'altra, ora si manifestano isolatamente. Ne si deve obliare quanta influenza hanno i disturbi neuro trofici nello sviluppo del reumatismo articolare, come moltissimi autori hanno tentato di dimostrare (Heymann, Weir Mitchell, Froriep, Friedlander, ecc.).

Ma altri fatti, ci mette sott'occhio la clinica, la quale ci fa cogliere i lati di somiglianza, ci aiuta a ritrovare gli anelli intermedii dell' imbrogliata catena morbosa; e la sintesi, ch' essa permette di fare, completa e pone in maggior luce tutte le sfumature dell'analisi.

Il nostro infermo non aveva mai sofferto sin-

tomi di reumatismo, ma due dei suoi fratelli erano affetti da reumatismo articolare cronico: questo lo si ritrovava dunque nella sua famiglia. Stoll, Barthes, Guilbert hanno ceservato la corea in individui gottosi, essi anzi le hanno dato in questi casi il nome di corea gottosa; ed alcuni fatti riportatida Kussel Revnolds, in cui erano evidenti dei sintomi molto simili a quelli coreici, appartengono forse anche essi allo stesso genere d'osservazioni, di corea cioè che si sia sviluppata in individui chiaramente artritici. Ma più specialmente degno di nota è il caso, osservato da Féré, di una giovane donna che nella convalescenza d'un reumatismo articolare fu colpita da corea: il reumatismo in questo caso avea rivestito la forma emiplegica, ebbene, le gesticolazioni coreiche restarono anch' esse circoscritte allo stesso lato. Ne questa limitazione, così particolarmente istruttiva, la si è trova a solo per la corea. Lo stesso F é ré riporta un caso di malattia di Parkinson, in cui il tremore e la rigidità caretteristica avevano invaso esclusivamente il lato destro del corpo: quest' individuo intanto aveva sofferto due attacchi di reumatismo articolare, che aveva colpito anch'esso solo quel lato. Nè io posso dilungarmi di più nel riportare tali esempii.

Ma mi sia solo permessa una rapida considerazione. Si e osservato che è appunto nella famiglie in cui predomina la diatesi neuro-artritica, che il cancro suole apparire con maggiore frequenza.

E da che cosa il cancro è prodotto se non dal predominio di determinate cellule le quali, ad un dato momento, acquistano in un punto del corpo un'attività così vivace nel moltiplicarsi, che le altre vicine ne sono oppresse e soverchiate? E perchè ció possa accadere, non è forse necessario che in quelle cellule sia maggiore l'attività nutritiva di quello che lo è negli altri elementi cellulari? In fondo deve vedersi anche in ciò una debolezza dei poteri nutritivi di tutto intero l'arganismo; è solo quando questi non si compiono con la normale vigoria, che è possibile uno squilibrio nella nutrizione di tutti i gruppi cellulari: alcuni saranno più riccamente nutriti che gli altri, e manifesteranno la loro maggiore energia germogliando riccamente. Trasparisce qui il concetto che noi abbiamo esposto per le nevrosi; la differenza sta in ciò solamente, che gli elementi nervosi, appartenenti al tessuto più alto e più nobile dell' organismo, manifestano il loro squilibrio nutritivo con sintomi di turbata dinamica

nervosa; delle cellule invece appartenenti ad altri tessuti possono rivelare quello squilibrio col loro aumento e colla loro moltiplicazione, vale a dire con lo sviluppo d'un neoplasma. Ma anche in questi ultimi casi il sistema nervoso ha forse la sua parte, e non è esso forse che ha il potere supremo nella federazione degli elementi anatomici, che distribuisce il compito a tutti gli apparecchi, a tutti i visceri, a tutte le cellule, che ne dirige la funzione, che arresta le usurpazioni degli uni e scuote l'apatia degli altri, che mette, in una parola, un freno all' individualismo cellulare da cui risulterebbe infallibilmente l'anarchia? Quando quest' individualismo cellulare predomina in un punto dell'organismo, deve coincidere un disturbo corrispondente del sistema nervoso, ed entrambi sono provenienti dallo stesso visio generale della nutrisione Si sa del resto che Bindfleisch ammetteva che negl' individui predisposti ai tumori esiste un'anormalità della costituzione generale, e Billroth diceva che essi appartengono ad una razza patologica. Che poi insieme a ciò vi possa essere una predisposizione locale ad ammalare di certe cellule, e questa predisposizione risalga fino al periodo dello sviluppo embrionale, come pensa Cohnheim, ciò avrebbe riscontro negli altri fatti che si avverano nella famiglia neuro-artritica, e a cui noi abbiamo in parte accennato. La predisposizione in vero può fin dai primi rudimenti embrionali avere tendenza a localizzarsi; e come pel cancro certe cellule in un determinato sito, così altre volte certi organi, alcuni centri nervosi possono ereditare una predisposisione più spiccata a manifestare con un'azione morbosa gli effetti di quelle anomalie della nutrizione, che avvengono nell'intero organismo. E però come può trasmettersi la predisposizione ad ammalare più specialmente di cancro allo stomaco, così può trasmettersi direttamente da padre a figlio il diabete, e accade, come abbiam visto, assai spesso una trasmissione diretta della corea cronica; ma in altri casi, egualmente frequenti, si eredita solo una predisposizione più generale, la quale può più tardi manifestarsi nella maniera più di-Yerba.

E' questa quella predispozione, sulla quale Charcot insisteva tanto, alla quale egli accordava un valore affatto preponderante nell'etiologia generale delle malattie nervose; essa è la base primordiale d'ogni studio concernente la loro patogenesi, è la causa delle cause, come dice Trélat. E gli studii batteriologici che a tutta pri-

ma sembrava che dovessero abbattere tale nosione fondamentale, sono oggi arrivati ad un risultato inverso; essi si sono visti ridotti a fornire delle confermazioni sperimentali ai dati già antichi dell' osservazione clinica. Grasset, Raymond hanno ben fatto rilevare a quali conclusioni interessanti conduce l'evoluzione moderna della batteriologia: i lavori di Charrin e di Gley, di Guignard e di Roth hanno dimostrato che anche degli stati, sviluppati per l'influenza di batterii e delle loro tossine, sono suscettibili di trasmettersi per via ereditaria.

Ma oltre all'eredità, alle infezioni, altri agenti esercitano su di noi la più grande influenza, diminuendo o aumentaudo la nostra disposizione ad ammalare, e sono le condizioni stesse della vita che viviamo, i dispiaceri a cui siamo soggetti, i dolori che ci assalgono, le emozioni che ci scuotono.

Il nostro infermo aveva sofferto la miseria. aveva visto i suoi figli condannati ad una vita infelice ed a mancare persino qualche volta del pane quotidiano. Benchè egli non avesse una sensibilità ed un' intelligenza tanto sviluppate da accorarsene eccessivamente, pure quella depressione psichica che ne seguiva e la cattiva alimentazione, avevano certamente contribuito ad indebolire il suo sistema nervoso. Ma ecco un giorno egli è sorpreso da una violenta scossa morale. Un suo bambino sta li li per essere schiacciato da una locomotiva: egli ritrova in quel momento tutta la sua energia, si slancia sulla strada ferrata col maggior impeto, e riesce a salvare il figliuolo. Ma quale dovette essere il suo spavento, la sua emozione di padre! Si avverano, in simili casi, dei fenomeni d'intossicazione nervosa e psichica, come sono stati detti con frase espressiva da Orichton Browne, Handfield Jones e Darwin. E ciò che importa moltissimo, in tali frangenti l'emozione non raggiunge tutta la sua forza nel momento in cui la causa agisce; è dopo, come bene osserva Herbert Spencer, ch'essa diventa più intensa; ed inoltre essa mette qualche tempo a dileguarsi. Questa lunga durata relativa dei fenomeni emosionali rende ben conto dello spossamento nervoso e degli altri tristi effetti che ne derivano.

Ora tra le affesioni nervose che sono il più sovente provocate dalle emozioni vi è appunto la corea. Le statistiche di Peacock, Hughes, di Burton Brown, di Bonnaud e di Colat dimostrano chiaramente quanta influenza hanno le emosioni diverse ed i dispiaceri nello sviluppo di questa malattia. Sopratutto poi è nociva la paura (Todd, Romberg, Trousseau, Ogle, West, Handfield Jones, ecc.). Lo stesso del resto si verifica, come si sa bene, per le altre nevrosi.

Le emozioni, dice Fèré, modificano l'ambiente interiore; esse cambiano la vita degli elementi proprii all' individuo e degli organismi che vivono nei suoi tessuti. E Creighton asserisce che si può paragonare la loro azione a quella dei medicamenti alteranti, che esse rompono la memoria organica dei tessuti, i quali hanno una tendenza a riprendere le loro funzioni embrionarie. C'è di coloro, come Savage, che vorrebbero perfino restringere l'influenza dell'eredità ed estendere quella delle condizioni dell'ambiente che ci circonda, per la grande importanza che queste ultime hanno nel produrre le più varie alterazioni nervose e psichiche. Basterebbe infatti leggere, fra tutte, la relazione che fece il dottor Kohts sulle malattie che produsse il terrore nell'assedio di Strasburgo del 1871; in essa si trova la descrizione più minuta delle numerosissime affezioni nervose, che ebbero direttamente origine da quel terribile avvenimento. E si sa che i vecchi medici davano ancora più peso che noi non facciamo all'influenza delle emozioni nello sviluppo e nel peggioramento delle malattie. Pinel, che fu tanto grande nello studio della patologia nervosa e mentale, incominciava sempre l'esame dell'ammalato col domandargli se avesse mai avuto qualche gran dispiacere o qualche spavento.

Ed io riporterò infine due osservazioni fatte, riguardo, alla corea, da Marshall Hall e da Churton. Il primo fa acutamente notare che se i mevimenti coreici cessano durante il sonno tranquillo, noi li vediamo però riapparire quando il sonno è agitato da sogni, e ne conclude che su di quelli le emozioni agiscono fortemente. E Churton, dopo d'aver riportato una ricca statistica, da cui, fra le altre cose, risultava che spesso il reumatismo articolare comincia in una articolazione colpita da trauma, presentava nel concresso di Leeds un fanciullo ch' era stato spayentato da un uomo slanciatosi su di lui allo scuro: quel fanciullo fu subito preso dalla corea, e solo tre giorni dopo da un reumatismo articolare acuto. Churton osserva che in questo caso non un'articolazione, ma il cervello avea sof-. ferte la violenza; i centri motorii erano stati colpiti da ciò che è equivalente a un trauma rea-

le, e come l'infiammazione renmatica, appare dapprima nell'arto contuso, coel in quell'infermo il disordine reumatico cominciò nel cervello offeso.

Da una parte dunque predisposizione ereditaria che portiamo con noi sin dalla nascita, dall'altra predisposizione che acquistiamo nella vita per una miriade di circostanze indipendenti apesso dalla nostra volontà, come son quelle che ci capitano pel contatto e nello scambio con gli uomini e col mondo, ed infine traumi -morali e psichici improvvisi ai quali ,noi non possiamo sottrarci, perchè più forti di noi essi sconvolgono l'animo nostro, la parte più viva di noi stessi. Qual potere adunque ci rimane per dirigere e governare il nostro sistema nervoso, nel cui funzionamento sta in fondo riposta; la nostra intelligenza, la nostra volontà, i nostri sentimenti? Quando Charcot faceva allusione al grande fardello di vizii ereditarii che spesso pesano sull'uomo, rivolto ai discepoli, esclemava: • Voi direte che noi, facciamo del fatalismo! ma è pur troppo così. E il fisiologo Mosso: « Il destino lega a ciascuno di noi un' eredità fatale ». Ed in un altro punto: « Vi sono nella vita degli scegli funesti, delle correnti insuperabili che trascineno inevitabilm-nte alla rovina..... C'è nelle funzioni dell' organismo come un vortice che si apre, como una valanga che si muove e ci travolge inevitabilmente nel precipizio, appena scivola un passo dal cammino della vita. .

Ma a noi medici resta l'obbligo di fare tutto il possibil per rendere meno atto il sistema nervoso a risentire i contraccolpi delle vicende della vita e del mondo. « Nell' uomo naturale e sano, dice Herbert Spencer, i sentimenti, le reazioni, le emezioni non passano un certo limite. E' l'insufficiente produzione dell'energia nervosa che rende conto della perdita dell'equilibrio nell'emozione ». Bisogna dunque tentare tutti i mezzi per rafforzare il sistema nervoso, per prevenire e correggere la sua debolezza, la neurastenia, la quale invece che essere una nevrosi a parte, è piuttosto il sostegno di tutte le altre, il tronco comune su cui queste, come rami, si sviluppano e crescono.

Come si è cercato di riparare ai disastri prodotti dalle malattie infettive mettendo a profitto i dettami dell'igiene, così bisogna con istruzioni ben date, con opportuni consigli limitare le conseguenze che provengono da un sistema nervoso viziato e insufficiente. Ed è degno di nota che in Inghilterra, nel paese dove le misura igianiche generali sono state adottate e diffase con alacrità più grande che presso gli altri popoli, sono pure molto in onore gli esercizii ginnastici che rinvigoriscono il corpo, sorgono dei letterati che, come S miles, si sforzano di ritemprare il carattere dei cittadini, veggono la luce filosofi come Herbert Spencer, che dedica una delle sue più splendide opere all' « Educacione fisica, morale ed intellettuale ».

SOCIETA' SCIENTIFICHE

Scoletà di chirurgia di Parigi. - Oura chirurgica del gomo esoftalmico.- Colesteatoma dell'orecchio medio.-Stenosi sifilitica del retto. - Oura della fistole vescico-vaginali.- Lipoma perinco-serotale. - Società medica degli Cepedali di Parigi. - Adenite senza leucemia. - Eritema infettivo complicante una colite muco-membrauosa. - La talalgia blenorragica. - Sisro-reazione della placenta e del feto appartenenti a donna che ebbe il tifo durante la gestazione.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI

Tornata del 8 marso 1897

Cara chirurgica del gezze escitaimica. Schwartz ha osservato di municale de circa i anno presentava palpitazioni, irregolarità della mestruazione e lieve tumefazione del lobo destro della tiroide. Il grado di esoftalmo era lieve, ma la donna in breve tempo cera giunta ad un grado estremo di cachessia. L'oratore fece diagnosi di tumore intratiroideo, ma dovette contentarsi di fare i'enucleazione a causa della potente emorragia.

Per 8 giorni dopo l'intervento, la donna ebbe gravi fatti cardiaci, i quali cadettero all'uso del bromuro di potassio dato alla dose di 6 gr. Dopo 17 giorni era completamente guarita e non ha mai più avuto disturbi da parte del cuore.

Tuffier presenta due operate. L'una (aveva il padre gossuto) dopo l'ablasione del lobo destro della tiroide, guari del tutto.

L'altra fu presa da fatti cardiaci acuti che aumentavano in seguito all'ingestione di estratto tiroideo.

Fatta l'ablazione di uno dei lobi, si ebbe una notevole miglioria.

Poscet dice di avere anch'egli osservato tachicardia, disturbi nervosi, ipertermia, in aeguito alla tiroidectomia e li attribuisce ad una vera intossicazione.

Colestea ema dell'erecchie medie. Broce.—Sotto cale denominazione il Braquehaie di Bordeaux ha inviato l'osservazione di un giovane ventisettenne, il quale fin dai 17 anni fu colpito da otite media bilaterale. A sinistra v'era una tumefazione della regione mastoidea; si fece la incisione della parti molli; la guarigione fu solo apparente.

Fatta per una ventina di volte analoga incisiene, res. Ind un seno fistaloso, Nel 1895 Braque hai e fece la trapanazione dell'apofisi mastoide e della cassa; mise così allo socverto una vasta cavità contenente una massa colusteatomatosa, tolta la quale si ebbe la guarigiose totale. L'udito non venne punto migliorato.

Stancel sifilites del rette. Varehére invisione lavoro che può esser diviso, inindae apartie. Nella la parte egli riporta 8 osservazioni di giovani donne, colpite da diverse manifestazioni sifilitiche secondarie e da ulcerazioni ano-rettali accompagnate da condilomi e circondate da tessuto resistente che restringeva il lume del retto.

Queste donne furono curate col metodo misto

intensivo e guarirono.

Nella seconda parte della qua memoria l'autore richiama l'attenzione amil'esistenza del condilomi e sui loro rapporti con la stenosi rettala.

Cura delle fistele vescise-vaginali. Routier ha in pochi anni curato 10 casi di fistole vescico vaginali. In nessuno dei casi gli fu possibile di fare l'operezione dallo esterno e l'oratore ha pospito constatare che la cura ne è tanto, più difficile per quanto più numerose e resistenti sono le briglie cicatriziali.

L'oratore dice che bisogna tenere in gran, conto le produsioni, calcaree che sono causa di molti degli insuccessi e ricorda il caso di Verne uil in cui s'intervenne per ben 17 volte!

Dal punto di vista generale, l'oratore crede che, nella cura di queste fistole congagnizio al parto, v'ha grande vantaggio nel preparare la via operatoria con dilatatori di Bosemann.

Fatto ciò si deve procedere ad uno energico cruentamento ed alla estesa liberazione dei tessuti aderenti.

Per la sutura, preferisce i fili d'argento al bottone od al crine di Firenze. La sonda apermanenza di Nèlaton sarà adoperata solo se l'inferma la tollera, diversamente si ricorrera al cateterismo ripetuto.

Lipoma perisee-scretale. Lejare presenta un individuo con voluminosissimo lipoma della regione scroto-parineale.

SOCIETA' MEDICA DEGLI OSPEDALI DI PARIGI Tornata del 5 marzo 1897.

Adenite senza lencemia. Hayem presenta un ucmo trentottenne di aspetto florido, senza antecedenti personali o familiari, il quale presenta alla
regione anteriore del collo, agli angoli della mascella ed agli inguini, tumoretti di consistenza
lipomatosa, la cui comparsa rimonta a 5 anni.
A dire dello infermo ciò sarebbe sorto in seguito
ad una parotite. Tutto induce a credere che
si tratti di linfadenomi, con partecipazione del
tessuto adiposo. L'infermo non ha mai avuto dolori o accessi febbrili. Lieve leucocitosi, ma non
leucocitemia. Nell'urina, scarsa l'urea, ma abbondanti i cloruri. Un lieve grado di dispues accuesta dallo infermo è spiegato dell'agato sarana

presenza di ganglii analoghi nel mediastino. Tutte le cure tentate (joduro ed arsenico a forti dosi) non diedero alcun risultato. La cura tiroidea, inisiata da una diecina di giorni ha g'à dato una lieve miglioris, specie per la dispuea. I tumoretti, sono un poco più molli.

Eritama infottive samplicants una celite muoomembrances. Guillard. — Oseervata in un bambino di 5 anni, la colite non ha avuto mai l'andamento cronico che è comune nell'adulto. Essa in questo bambino durò 10 giorni senza piressia e si avviava alla convalescenza, quando, d'un tratto, si determinò un aggravamento repentino: febbre, eritema papuloso (localizzato prima, generalizzato poi) morbilliforme al torace, al dorso ed allo addome. Quest'eritema si accompaguava a febbre alta (40°) ed in seguito ad ablusioni fredde ed all'uso di calomelano - come antisettico — per via orale, al 5º giorno andò afflevolendosi per acomparire del tutto al 9º. La desquamazione incominciò dalla faccia; alle estremità si effettuava a larghi lembi; alla fine del 4º settenario anch' cesa era terminata.

Solo al 2º giorno si constatò un poso di albuminuria, Non vi fu ingorgo ghiandolare nè complicanza viscerale, Guarigione completa.

L'esame delle mucosità intestinali non dimostrò altro che il coli-bacillo. Quindi l'oratore attribuisce unicamente all' infesione coli-bacillare l'eritema; il quale era assolutamente identico agli eritemi che osservansi nel tifo e nel colera.

Mathies crede che sarebbe importante precisare se nel caso riferito da Galliard si trattava di un caso acuto o cronico, poichè la forma cronica di colite muco-membranosa (che è la più frequente) non si complica con altre lesioni infettive; invece non è raro vederla sopraggiungere in seguito ad accessi acuti.

Le Gendre dice che probabilmente l'eritema era patogenetico, cioè dovuto al calomelano somministrato al bambino.

Sevestre benché costantemente prescriva il calomelano ai bambini non ha mai osservato eritema conscoutivo al suo uso.

La talaigia bienerragios, Jacquet. — In alcuni casi di bienorragia l'unico disturbo doloroco à localizzato al tallone; il dolora è riavegliato coi cammino e con la pressione. Spesso la regione è deformata. Talvolta la lesione è bilaterale.

L'oratore dice che la talalgia deformante è una vera calcancite cesificante (iperestosi) e lo conferma la necroecopia. Quanto alla non deformante, l'oratore la considera come il primo grado della talalgia iperostosica.

Le localissazione in tal punto si spiega con l'eccessivo lavoro cui è condaunata la parte. La talalgia non può regredire, però da dolorosa rimane come un insignificante disturbo funzionale. Per combattere la lesione, occorre: riposo assoluto e prolungato, idroterapia, massaggio locale bagni terebentinati. L'oratore presenta 8 infermi guariti appunto in tal modo.

Color e Bendu dicono che la lesione non è più

particolarmente propria dell'uomo, ma che il reumatismo bienorragico si può riscontrare tanto nell'uomo che nella donna.

Debeve parla nello stesso senso.

Siere-reazione della placenta e del fets appartenenti a denna che obbe il tifa durante la gestazione. Moseè e Daunio, presentano sila scoretà la primaosservazione nella quale la ricerca della sieroreszione sia stata studiata dopo un perto a termine in una donna colpita da tifo durante la gravidanza. Questa oscervazione addimestra che il potere aggiutinante può passare dal sangue materno a quello fetsie. E' dunque permesso ricavare le seguenti conclusioni:

il siero del sangue di un feto nato a termine da una donna colpita da tifo benigno durante il 6º mese di gravidanza ha formito spicoatiasimi i caratteri della reazione di Widal;

la proprietà aggiutinante meno energica, meno accentuata, che si constata negli umori della madre (latte, siero di sangue) è però evidentissicos;

finalmente, essendo la struttura anatomica della placenta, normale, quest'organo non può consilerarsi come un filtro p'rfatto.

MOSTRE CORRISPONDEMIE

Clinica Medica Propedentica di Pavia diretta dal prof. Silva.

Ceso 1. Splenomegalia con cierosi epatica. — Si tratta di una donna di 85 anni, maritata. La maiattia data da un anno. Si nota: pallore della cuta e delle mucose, edemi agli arti inferiori, nulla all'apparato respiratorio, soffii s'stolici al cuore su tutti i focolai: tumefasione dell'addome per raccolta ascitica libera. La milsa è ingrossata, (D. obbliquo 81 cm.) ballottabile, ci epinge anta sino alla linea mediana; il fegato è alquanto impicciolito. Esame dei sangue: gl. rossi 2,900,000 gl. bianchi 12000; emoglobina 80. E questa una forma morbosa non troppo rara ad osservarsi; nelle spasio di due anni se ne ebbero diversi casi in clinica.

Caso II. Neurosi traumatica. — Il pasiente ha 57 anni ed è guardiafreni di professione. La malattia ebbe per causa una caduta dal treno.

E' un individuo robusto, ma incapace di lavorare; non presenta alcuna traccia di alterazione
anatomica dei centri nervosi. Sono dolenti la spiua doreale dalla seconda alla quinta vertebra e
i nervi dell'antibraccio di destra. Bifiessi alcuni
esagerati, altri aboliti, forsa muscolare diminuita
epecie a destra, lievi disturbi della sensibilità,
facile stanchessa ad ogni più piccolo sforso, laggiera atassia nei movimenti degli arti superiori
frequente cardiopalmo, dispusa, senso di peso al
capo, di sbalordimento dopo qualche tempo che
lo si interroga, mancansa dei rifiesso faringes,
sovrascolitabilità del sistema cardio-vascolare, sonma preoccupazione dei suoi mali, facile melanconia, mancansa di ogni disturbo da parte dei tabo

digerente. L'ammalato usci dalla clinica alquanto

Caso III. Trombosi marantica. — Individuo di anni 49, accattone, affetto da carcinoma esofageo. Entrò in Clinica il 22 di novembre scorso. Temperatura normale sino al giorno tre di gennaio; nei giorni 8, 4, febbre alta iniziatasi con brivido il cinque, due attacchi di febbre, pure con brivido e comparsa di un dolore all'arto inferiore : sinistra dove si nota un leggiero edema e cianosi della parte. Alla palpazione si sente un cordone duro che dal cavo popliteo, all'interno dell'arteria, la cui pulsazione è evidente, si estende sino al terso inferiore della coscia. In base a ciò il prof. Silva fa diagnosi di trombosi marantica della poplitea e prognoci di prossimo esito letale, Nei di seguenti per lo stabilirsi del circolo collaterale, l'edema all'arto inferiore di sinistra andò diminuendo, ma gli stessi fenomeni comparvero a deetrs. Venuto a morte il 27 gennaio la diagnosi fu in tutto confermata dall'autopsia.

Caso IV. Infesione streptococchica. - Individuo di 41 anno. Il 27 decembre scorso ammalò a casa di erisipela. Il tre gennaio, quando già la febbre era scomparsa, apparvero i primi sintomi di una nefrite con edemi alla faccia e agli arti, do lore lombare, urine sanguinolenti. Entrò in clinica il 7 gennaio, ove fu tosto sottoposto a dieta lattea rigorosa ed ai bagni a vapore. Le culture dalle urine, estratte asetticamente col cateterismo, fecero rilevare la presenza dello streptococco.

Il giorno 12 compare febbre con brivido, la quale si ripete nei di seguenti, assumendo poi i caratteri della febbre piemica. Le condizioni del pagiente si aggravano sempre più ed in breve insorgono i fenomeni di una pleuro-pneumonite con versamento.

Le culture fatte dal liquido pleurico davano lo stesso risultato che quelle dalle urine. L'ammalato muore il giorno 28 gennaio: poco tempo dopo morte si pratica la puntura del cuore e col sangue che si estrae si fanno culture: queste ne rivelano la presenza dello streptococco, il quale si trova accompagnato dal diplococco di Frankel e da stafilococchi nelle colture fatte dalle punture del polmone.

E. Monti

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

Sul pareinoma combinato con l'uicera rotenda dello stemace. Piitek.—I casi di ulcera rotonda dello stomaco combinata a carcinoma, l'ulcus carcinomatosum degli autori, sono abbastanza rari-

Plitek ne ha pubblicato recentemente una osservazione con necroscopia, studiata nella Policlinica di Boas a Berlino.

In questo caso, circa i reperti microscopici del centenuto espresso dallo stomaco a digiuno nei

esistevano contemporaneamente la sarcina del ventricolo nelle sue due forme caratteristiche e numerosi bacilli filiformi, a proposito dei quali si ammette che essi escludano la presenza di quella, e viceversa.

Quanto al reperto della sarcina nella carcinosi dello stomaco, diverse sono le opinioni: chi lo considera come frequente, chi come raro; infine altri, come Bamberger, ascrivono al reperto della medesima una importanza addirittura diagnostica. Bo a s considera il reperto come rarissimo; negativo poi in contenuti gastrici con considerevole quantità di acido lattico. E' noto, inoltre, che la sarcina si trova comunemente, quantunque vi ha ristagno, anche senza carcinosi ed anche se è presente l'acido cloridrico.

In quanto ai bacilli filiformi, quantunque non siasi eseguita la loro cultura nel caso attuale, tuttavolta essi sono riconoscibili facilmente anche in un preparato non colorato, ove attirano l'attensione dell'osservatore per il numero straordinario, da coprire tutto il campo visivo, per la la loro immobilità, la loro forma enella, diritta, ed enorme lunghessa, talvolta piegati ad una estremità in forma di angolo, con margini arrotondati, ovunque del medesimo spessore.

Secondo le indagini di Kaufmann e Schles i nger, si osservano tali bacilli spessissimo nel carcinoma dello stomaco, di rado in altre gastropatie. Debbono avere una parte importante nella formazione dell' acido lattico, poichè vengono osservati quasi esclusivamente in contenuti gastric! ricchi di acido lattico.

Intanto, quasi tutti gli autori sono concordi nello ammettere che nello stomaco si formi acido lattico, quando la ipocloridria coesista con la diminuzione nella espacità motoria dell' organo. Ebbene, nel caso dell'autore, vi era considerevolissima insufficienza motoria ed in quei giorni, in cui si notò anche mancanza assoluta di acido cloridrico, ad onta di ciò, non vi era neppur traccia di acido lattico.

Si deve da ciò desumere che la opinione condivisa dalla maggioranza degli autori circa la formazione dell'acido lattico non si attagli a tutti i casi. Oltre al ristagno ed alla mancanza o deficienza di acido cloridrico, dovrà agire un altro elemento, costituito della presenza o non di certi fermenti, come risulterebbe da recentissime ricerche d Hammerschlag.

La presenza di questi fermenti forse avrà impedito, nel caso dell'autore, la formazione dell'&cido lattico.

Negli altri giorni, in cui l'acido cloridrico fu presente nel contenuto gastrico, esso vi ha variato nella proporzione di 1,4 a 2,1 per mille.

Questo fatto, in unione al tumore palpabile nella regione epigastrica ed alla emaciazione progressiva, è, secondo Rosenheim, sufficiente a stabilire la diagnosi di una neoplasia maligna, sorta sulla base di un'ulcera.

La integrità della mucosa, trovata alla necroscopia, nel caso dell'autore, spiega la secrezione primi quattro giorni, si notava un fatto, a dire normale, talvolta abbondante, di acido cloridrico, dell'autore, non ancora mensionato da altri, cioè la quale secrezione, a piccolissime interruzioni,

ところとなったのではないという

4

かんと ないない かんかか

svani del tutto, soltanto 18 giorni prima della morte.

Tra le pubblicasioni degli ultimi anni, in cui si è studiato questo fatto, e sono appena 2 casi, si trova citato da Rosenhe i m un caso, ove l'acido cioridrico si mantenne fino ad alcune settimane prima della morte, e Koch riferisce una storia clinica, ove già due mesi prima dell'esito letale, l'acido cloridrico era sparito.

Nel caso dell'autore ci è anche da notare la presensa di idrogeno solforato nel contenuto gastrico, fatto non tanto raro in gastrectasie benigne, non mai osservato sinora in gastrectasie per carcinoma (Il Mergagni, n. 1, 1897).

Contributo alla cura dell'anemia permiciesa pregrassiva.—G. Dichelle riferisce l'osservazione di un nomo di 50 anni, ammalato di anemia perniciosa progressiva, al quale nello spazio di cinque mesi furono somministrati, sensa effetto, quasi tutti i preparati finora in uso, il midollo delle ossa, la ferratina, le inalazioni di ossigeno, il liquore del Fowler, i preparati di ferro, ecc.

Intanto l'infermo presentava un decadimento nutritivo rilevantissimo. Venuto in queste condizioni sotto l'osservazione dell'autore, venne sottoposto alia cura di salelo, la quale fu seguitz

da risultato favorevole.

Nelle osservazioni che l'autore fa seguire alla descrizione del caso ora cennato, egli fa rilevare che il quadro alinico presentato dal suo infermo, comispondeva perfettamente a quello dell'anemia perniciosa progressiva. A questo riguardo è molto significativo il modo di comportarsi del sangue. Durante la osservazione dell'infermo si vide che la quantità percentuale di emoglobina si abbassò in grado tale, come si verifica neile anemie secondarie, solo quando la malattia fondamentale è estremamente grave.

Il'oligositemia era inoltre molto rilevante e spesso si ottenevano citre che raramente occorrono nei casi tipici di anemia perniciosa. Era inoltre degno di nota, nel caso cennato, che la quantità di emoglobina del sangue era rilevante in confronto allo stesso numero dei globuli

rossi.

Questo reperto síu riscontrato per lungo tempo anche durante la guarigione. Tutto l'opposto si verifica nella clorosi e nelle anemie secondarie, in cui quando il sangue si rigenera, aumenta prima il numero dei globuli rossi e poi l'emoglobina. La-ragione della sproporzione tra la quantità di emoglobina ed il numero degli eritrociti trova la spiegazione in questo, che ogni corpuscolo rosso in tali casi contiene più emoglobina dell'ordinario, e questa particolarità, malgrado non sia esclusiva dell'anemia permiciosa progressiva, pure è abbatanza caratteristica di questa malattia, perchè nelle angmie secondarie si incontra raramente ed in modico grado.

Un segno importante per distinguere la natura dell'anemia, si desume, secondo l'autore, dal modo di comportarsi dei globuli bianchi. Nell'anemia perniciosa progressiva, come nel caso sopra citato, al numero assoluto dei leucociti scende al di sotto del normale o raggiunge appena le cifre normali più basse. I primi a diminuire di numero sono i leucociti neutrofili polinucteati.

I leucociti ecsinofili che sono un prodotto del midollo delle cesa, rimangone in numero normale. Da questi fatti l'autore trae la conseguenza che nel suo ammalato il sistema ematopoietico (midollo osseo, milsa), funsionava sufficientemente bene, e fi questa la ragione per cui nel medesimo ammalato potè ottenersi la guarigione. Il modo di comportarsi, dunque, del numero di globuli bianchi nell'anemia perniciosa, può in certi casi avere un' importanza prognostica. Infine l'autore spiega l' influenza favorevole esercitata dal salolo nel suo ammalato, ammettendo che la causa della malatia era un'infezione intestinale (Zeitschrift furklinische Medicin, Bl. 31, H. 1, u. 2, 1897).

De Grasia

NOTIZIE

Le acque minerali italiane all'espesizione nazionale di Torine

Nell'adunanza del comitato regionale d'Idrologia e Climatologia dell'Italia superiore tenutosi l'11 febbraio u. s. fu stabilito di avvisare i socii, i cultori d'idrologia, i proprietarii di stabilimenti balneari che nell'Esposizione nazionale di Torino del 1898, nella parte lasciata all'igiene, vi sarà una sezione d'Idrologia, nella quale furono escluse le acque minerali artificiali. Il Comitato si mette a disposizione degli espositori idrologi per tutto quanto varrà a facilitare detta mostra.

E' desiderable che i proprietarii degli stabilimenti balneari di Napoli e delle province meridionali non manchino di esporre a questa mestra e che il comitato regionale meridionale voglia far compilare una buona guida dei detti stabilimenti, la quale allo stesso modo che sarà fatto per quella che sarà all'uopo compilata dal Comitato del Piemonte, venga in quell'occasione distribuita gratuitamente.

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Riforma Medica

CONCERS EXCEPTION AND THE CONTROL AND THE CONT

Cattedes aniversitation.

Pirmon: É aporto il consenso per prefessivo straerdinario alla cattedra di clinica medica e patolegis speciale medica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella B. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Anche questo concorso scade il 15 giugno p. v. Scemanio. - 1. Note del giorno. La lotta contro l'alcoolismo. - 2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma. Prof. Campana. Lupus.-Psoriasi palmare sifilitica. - Tigna acorion e tricophiton.-8. Rivista di Clinica. Clinica chirurgica della Carità in Parigi (prof. Tillaux). Otite media. Rottura del timpano. Mastoidite suppurata. - 4. Casuistica clinica. - 5. Rassegna della stampa. Chirurgia.-Ostatricia - Dermatologia, - 6. Varietà.

NOTE DEL GIORNO

La lotta contro l'alcoolismo

Alla camera senatoriale di Francia si sta discutendo, e forse a quest' ora sarà già stata approvata, una legge la quale mira a combattere l'alcoolismo, grasie ad un forte dasio imposto sullo alcool.

La società di medicina pubblica e di igiene professionale, ha inviato il suo parere alla gran Camera francese ed il Laborde, allora assente per motivi di salute, ha poi messa la questione nei seguenti termini:

La questione dell'igiene relativa all'alcoolismo, presenta a considerare: da un lato l'alcool propriamente detto e gli alcools; dall'altro le essenze e le mescolanze naturali od artificiali che entrano nelle bevande spiritose.

Per quanto concerne l'alcool che è sempre un veleno, qualunque ne sia la provenienza e la qualità, due fattori essenziali costituiscono solidalmente la sua tossicità ed i suoi danni e sono: la qualità, ossia la maggiore o minore puressa, e la quantità di consumo e di assorbimento.

La qualità risulta dalla presenza di impurità (in numero maggiore o minore) proprie dell'alcool, per incompleta distillazione, o aggiunte a questo per modificarne il sapore.

Nel primo caso, una purificazione sufficiente, mercè una appropriata distillazione può rendere un alcole poco tossico e quindi meno nocivo. Perciò la rettificazione dell'alcool costituisce una misura igienica fondamentale che deve essere dichiarata per legge obbligatoria e garantita da controllo.

Nel secondo caso, cioè quando all'alcool si addisionano essense od estratti artificiali, il controllo e la repressione devono essere esercitati in ragione della nocività riconosciuta di queste sostanse.

ridusione della consumazione dell'alcool nal mi- l'aldeide cinnamica ed il cinnamato di etite.

glior modo possibile, oltre alle misure persuasive, di ordine morale.

Quindi, in primo luogo, bisogna limitare e ridurre per quanto si può al minimum gli spacci di liquori spiritosi; si deve aumentare il presso delle patenti ; rifiutare le nuove richieste di aprire negosii di vendita di liquori; interdire la vendita a persone non autorizzate dal governo e sorvegliare rigorosamente i patentati. In secondo luogo poi, bisogna portare al magimum l'imposta sugli alcool e sulle bevande spiritose, riducendo quella sul vino, sul sidro, sulla birra e su tutte le sostanse che sono naturalmente igieniche. Finalmente bisogna rimettere in vigore tutte le misure coercitive contro l'ubbriachezza, colpendo chi beve e chi gliene fornisce, rendendo maggiore la pena pei recidivi.

Per quel che concerne le essenze e gli estratti (bouquets) il mazoimum della tossicità che li caratterissa, richiede le misure più radicali.

Queste misure sono indicate nei due capoversi seguenti della legge sulla riforma delle imposte sulle bevande, in conformità di un voto emesso e votato dalla Camera dei deputati.

«La fabbricasione, la circolasione e la vendita di qualunque essenza riconosciuta dannosa e dichiarata tale dall'Accademia di medicina son o interdette »;

« Le sostanze tossiche o nocive e di natura da ingannare sulla vera qualità della mercansia, saranno interdette nella fabbricazione delle bevande alcooliche»:

E' chiaro che delle sostanze indicate nel primo dispositivo, ha facoltà di decidere l'Accademia medica.

Quanto alle sostanze tossiche e nocive, di cui al secondo capoverso, si tratta evidentemente di tutti quei preparati (sotto forma liquida, o di estratti solidi concentrati) conosciuti sotto il nome di bouquets risultanti generalmente di molti elementi ottenuti per processi chimici e destinati sia alla addizione modificatrice, sia alla fabbricazione di bevande alcooliche.

Dallo studio sperimentale assolutamente dimostrativo, risulta: che la maggior parte di queste sostanse sono oltremodo tossiche e dannose; che a lungo andare, esse producono gravi forme d'intossicamento alcoolico. Le più dannose, degne di una radicale scomparsa dal campo delle bevande sono :

L'aldeide salicilica, la piromucica o furfuroi Oirea poi alla quantità, bisogna domandare la il salicilato di metile, gli olii essenziali di vino

stazione sifilitica.

Fra le assenze, bouquet, poi quelle di: Wisky Gin, Genièvre, Scherry-brandy, Deutschbitter; l'essenza di Kirsch; i benzoati di amile e di metile, l'acetato d'amile, i butirati di etile e di amile, i succinati di etile e di metile, il formiato, il maiato ed il valerianato d'etile, l'enantilato di etile, il malato di metile, l'acetalio, il metilalio, l'acido amilartrico, ecc.

Finalmente le essenze o bouquets di Rhum, Cognac, Cognac-Brandy, Kummel, Curaçao, Marasquin, Anisette, Grenadina, Benedettina, Char treuse, ecc.

Oitre di tutte queste misure coercitive, legislative, bisogna influire sulla opinione pubblica e fare appello all'iniziativa privata, per preparare e secondare l'asione dei legisti, degli amministratori e dei tribunali; a tal uopo occorrerà volgarizzare la conoscenza dei danni che risultano per la salute e per la vita dall'abuso dell'alcool e dalla tossicità dei prodotti contenuti nei liquori di consumasione; tutto ciò mercè corsi e conferenze pubbliche, sperimentali, promossi da società locali e nazionali, dalla propaganda antialcoolica fin dalle scuole elementari, e finalmente migliorando le abitasioni e l'alimentasione popolare: breve bisognerà esercitare l'asione morale sotto tutte le sue forme. Nacciarone.

LEZIONI ORIGINALI

CLIMICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA, prof. C A M P A N A. LUPUS.

Sommano.— Lupus nodulo ipertrofico—Inoculazione di noduli luposi in animale (Coniglio) — Sviluppo di artrite fungosa, dopo un mese—Altro caso di lupus, probabilmente misto a sifilide.

Caso di lupus nodulo-ipertrofico con notevole ispessimento della cute affetta, la quale è ri levata ed ispessita per oltre un centimetro.

Nel tratto ammalato si vede la cute, come fatta da una massa gelatinosa molliccia.

Questo da ragione a pensare alla più facile ino culabilità di questa forma. Se l'abbassamento del naso desse dubbio diagnostico occorre riflettere che esso si deve alle cure che hanno portato lesione delle ossa.

Presento questo animale nel quale furono praticate inoculazioni di materiale luposo, preso da altra inferma accolta prima di questa inclinica. Nel medesimo si sono verificate localizzazioni negli occhi e nelle articolazioni (artrite e periartrite).

non riuscire: è un esempio non ordinario per cui l'affetto della medesima malattia lo presento a loro. Infermo di lupus e probabile antica manife-

Nell' infermo si osservano segni di sicosi luposa con altre manifestazioni lupose e lupus nodulare e nodulo-squammoso.

Queste erusioni del dorso e natiche accommano che vi è una infesione permanente e vi è recidività del male nel campo antico; la sifilide come lascia la immunità generale a contrarre una nuova sifilide, così lascia una immunità locale a far verificare sopra un medesimo tratto una nuova manifestazione sifilitica tardiva.

Lo scrofuloderma non altera molto la pigmentazione cutanea, invece la sifilide sl. L' infermo in esame fa vedere tutti i sintomi della tubercolosi cutanea. Inoltre esistono pure cicatrici acromiche e con vario grado di pigmentazione attorno. L' eruzione del volto è circoscritta ove sono peli spessi e follicoli grossi. Inoltre nella eruzione esiste una delimitazione marginale da ricordare quella di un sifiloderma nodulare. La scrofolosi può dare le sue manifestazioni in un sistema od organo soltanto, ma ciò non è molto facile e frequente.

La presensa del lupus fa escludere la presensa di un acue scrophulosorum, perchè dovrebbe dare una manifestazione tubercolare più evidente negli altri tessuti. L'acue per ciò bisogna riferirlo ad altra causa: non tricophiton perchè vi è manifestazione di altra forma clinica di tricophiton in altre regioni e l'esame microscopico ha escluso questo concetto.

Se si trattasse di lupus semplice, sarebbe un còmpito facile, ma non è così avendo un acne sifilitico e tubercolare. Non è facile se ricorreremo all'uso di una cura ipodermica: tubercolina pel lupus e mercuriali per la sifilide: ma si avrà migliore risultato. Il ri-ultato che noi avremo facilmente da questa cura ci farà escludere appunto la natura tubercolare dell' acne. Ma l'acne tubercolare non è facile a curare: perchè vi è compartecipante.

Le forme sicotiche di natura parasitaria danno follicoliti settiche.

Le localissasioni follicolari non sono facili a vincere.

Cura. — Si possono applicare unguenti con preparati mercuriali (antichissimo l'uso di preparati mercuriali). Cataplasmi tiepidi o freddi, o alternati tolgono i fenomeni reattivi e settici.

occhi e nelle articolazioni (artrite e periartrite). Per le manifestazioni più isolate si possono Inoculazioni riescono con difficoltà e possono anche usare messi chirurgici caustici. La cura chirurgica sui tratti del volto non si può fare con molta facilità, occorrerebbe produrre devastazioni e cicatrici.

Caso di lupus della pelle, con complicazione di lupus nel palato.

La erusione luposa della pelle occupa gran parte della faccia. La forma del lupus cutaneo è nodulare e nodulo-ulceroso. Esistono alterasioni ulcerose al palato molle e duro, nonchè alterasioni delle cavità nasali.

Ma di queste ultime non si potra parlare sicuramente, finche non avremo liberato le fosse nasali dalle masse di essudati e di detriti ivi raccolti e concretizzati. A dare la ulcerazione concorre non solo la tubercolosi; ma più specialmente la sepsi. Si deve fare questa diagnosi per la cura. Perchè la sepsi nella cura del lupus, ha un interesse speciale. Nella lepra la sepsi è dannosissima. Senza sepsi la lepra, dopo un pò di tempo, dovrebbe esaurirsi.

Anche per la tubercolosi si potrebbe sperare, lo stesso: dato un processo tubercolare, sensa sepsi, con una buona igiene, si potrebbe arrivare, se non ad una guarigione, almeno ad un miglioramento sensibilissimo dell' organismo infermo.

Il lupus della mucosa nella inferma non è tutto settico, perchè si tratta di un processo giovane. Si ha la sepsi quando cominciano a ledersi i tessuti profondi. La cura chirurgica della bocca si potrebbe fare mentre sulla pelle e nel naso no, a causa della sepsi. Nella cura ci dovremo regolare giorno per giorno. Asepsi prima.

La tubercolina ha azione benefica nei processi tubercolari asettici; ma nella sepsi fa come una inconsulta cura chirurgica in un processo settico in una cavità. I tessuti che formano la trama dei connettivi di organi sani risentono lo stimolo della tubercolina; per cui diventano resistenti all'invasione.

Nell' interma in esame si vede che le invasioni settiche sono più gravi sulla cute che sulle mucose: per cui vi potrebbe essere un doppio indirisso di terapia: ma una terapia chirurgica applicata sul palato molle, con la vicinanza della sepsi cutanea, facilmente darebbe occasione all' invasione della sepsi nel palato.

PSORIASI PALMARE SIFILITICA

Sommano — Osservazione clinica; perche psoriasi sifilitica e non morbo del D u p u y t r e n, non ipercheratosi idiopatica—Inoltre distinzione morfologica tra la psoriasi sifilitica e la sifilide cornea—Cura locale e generale—Vantaggi di questo metodo.

Nella pianta dei piedi e palma delle mani, di questa inferma, si vedono delle callosità. Vi sono tante erusioni che, pur avendo la stessa causa di altre manifesta sioni, non hanno poi la stessa apparensa. Si parla di ipercheratosi, di psoriasi, di sclerosi del derma con aderensa dell'aponeurosi. Naturalmente in questi casi, anche la semiologia discovre caratteri differenti, ma essi non sono sempre evidenti nè in tutti gli stadt del male.

Il Dupuytren avevapel primo richiamato l'attenzione su una forma di sclerosi della aponeurosi palmare con possibilità che stesse in rapporto a lesioni del sistema nervoso. Intanto centinuiamo a discutere sulle diagnosi possibili. Psoriasi, naturalmente il raro caso di psoriasi palmare; ma ove è la desquamazione di essa caratteristica, dove lo stato iperemico con lucidezza del tessuto, dove le immancabili alterazioni ungueali? Alcuni poi dicono la psoriasi palmare semplice genuina non esiste, non vi è psoriasi palmare che in individui con sifilide. Altri che la psoriasi si può diffondere su le palme solo quando essa è molto grave e diffusa. Una localiszazione con manifestazione squammosa delle palme, quando non vi sono localizzasioni in altri organi, è ordinariamente di natura sifilitica, eccesione fatta delle condizioni di mestiere,

Qui vi è atrofia con lieve retrasione sclerotico-palmare. Ma, come ho detto a principio, vi possono essere altri stati morfologici, che possono provenire dalla medesima cagione. Vi sono casi in cui la semplicità della manifestazione non esiste, ma esiste polimorfismo, che porta a polifarmacismo. Questo infermo non può estendere le palme delle mani: ha ipercheratosi nelle regioni ipotenari circoscritte, limitate con una marginazione precisa. Le ipercheratosi sono pertugiate da perdite di sostanza, come fatte da tarli, a giri convessi o concavi. Questo non si vede nella psoriasi. Ciò farebbe ammettere l'ipercheratosi specifica; ma non si spiega l'atrofia delle palme. Non vi sono le stigmate caratteristiche della cheratosi di Dupuytren; qui vi è uno stato di tensione del derma, come se esso inguantasse dei tessuti molli, che non entrano più nel derma : non è la fessura ragadiforme

che si ha rella cheratoni di Dupuytren e immobilità dei tessuti, che non si estende nei tessuti vicini, specialmente sottostanti all'ipoderma, all'aponevrosi. Quindi si deve ritenere che vi hanno due cause : la peoriasi che altera la nutrizione dell'epidermide, la sifilide quella del derma : altra ragione ; la sifilide è malattia sufficientemente simmetrica, perché troviamo larghi tratti presi, ma non si trovano gli organi di un lato e dell'altro presi con simmetria: nella sifilide la erusione è bilaterale. La sifilide tardiva come può dar luogo alla localizzazione palmare così la regione essendo ricca di formazione cornecide è facile la psoriasi palmare. I noduli si appalesano per colore resso-fulvo, che si vede sotto l'ipercheratosi. La ipercheratosi cornea, detta sifilide cornea, può dar luogo a produsione come cornetti. Questa può non essere accompagnata da tubercolo sifilitico evidente sottostante. Come o' è l' ipercheratosi delle mani, ci è la ipercheratesi linguale e degli angoli labbiali, che danno luogo a macchie biancastre permanenti.

Queste leucoplachie possono in alcuni casi essere simili a quelle che iniziano il primo stato dell'epitelioma boccale, il cancro dei fumatori, che al suo inizio si potrà distinguere istologicamenta, ma non olinicamente.

Le forme più facili a curare sono quelle che fan riconoscere la loro proveniensa: più difficili quelle dove vi sia complicansa. La terapia rischiara la diagnosi ed il prognostico: non si hanno quei risultati che ai avrebbero se fossero isolati i morbi. Sarà applicata la crisarchina per togliere il processo ipercheratico, l'unguento napoletano per l'infiltrazione specifica.

Negli antichi ci era il concetto che la proriazi sifilitica dovesso guarire spontaneamente per messo della cura interna e sensa cura locale di

Ora si praticano cure miste con buoni risultati. Ci sono casi che durano lungamente e che, se trattati violentemente, possono cambiare il morbo in dermatite desquammativa maligna. Nel vecchio reagiscono poco i tessuti connettivali e molto gli epiteliali, laonde invece di erusioni papuloidi, abbiamo nei vecchi, desquammasioni. Meno questi tratti, il male non è curabile con la erisarobina; la dermatite non è tutta con ipercheratosi; quindi si adopera con più vantaggio un grasso con qualche sostanza chimica fluidificante gli epiteli (olio acetico 1 °[e]). Si daranno poi anche bagni al trisolfuro di potassio: i bagni solforosi eccitano la nutrisione della cute e di-

minuiscono la facilità a invasioni saprofitiche. Se, persistendo dei tratti di ipercheratosi, si volesse adoperare la crisarobina, essendo essa un rimedio potente, attivo, deve essere a misura applicato (per non avere delle ressioni intense, sproporsionate) alla intensità del male e alla estingione.

TIGNA, ACORION E TRICOPHITON

Sommario: alcumi case de tegna accesos — tegna accesion in un gallo: mompològia; colture, telcoppeticos.

Caso di tigna achorion molto caratteristico: basta guardarlo.

In molti casi istologicamente di possiamo trevare nell'incertessa se si tratti di tigua acordano o tricophitica; perchè, o curati o non, non hanno sempre caratteri definiti. La osservazione istologica non di da criterii sicuri. Allora è prudente concludere soltanto che si tratti di malattia paresitaria contegicea. Se si tratta di achorion le manifestazioni grossolane morfologiche non tarderanno: bastano 8 o 10 giorni per veder sorgere le gemme di un dischetto dell'acorion.

Nel caso di tricophiton si osserveranno i sintomi varii di ecsema cronico del cuoio capel'uto, sensa più. La tigna acorion non è malattis che più spaventi per tenacità e contagiosità; l' isolamento non è assolutamente necessario, come nel tricophiton. Si cura col metodo dell'epilasione fatta con le precausioni della antisepei locale: se l'epilasione si fa a pelle asettica non si ha reasione locale, ma se è settica si vedrà una dermatite follicolare.

Si esegue la epilazione facendo i seguenti preparativi : si applica prima di tutto cataplasma con liquido antisettico e con questo si fanuo cadere le increstazioni. Si eseguono adatte lavande asettiche locali per più giorni; si mantiene la cute del cuolo capeltuto spalmata di chio e capelli corti. Cessati i sintomi eczematoidi, vinta la sepsi, prima dell'epilazione, si applica un cataplasma caldo che agisce come emolliante a torpente, per rendere più facile l'epilazione. Patie. l'epilazione si lascia la parte in ripogo per qualche giorno; avendo di mira di curare le piccole m nifestazioni settiche che si svilupperanno di nuovo. Passato qualche mese, ove sia ricomparsa l'erusione si pratica l'epilazione nel punti ove la eruzione si presenta con nuovi dischetti. La malattia modernamente si cura: ma vi sono individui in cui facilmente recidiva : si previene la recidiva con esposizione al sole, col far portare

capelli corti, con applicazione di grassi. Quelli che si contagiano e recidivano nel contagio sono individui mal nutriti.

In questo caso che abbiamo studiato non vi sono lesioni profonde. Quando vi sono lesioni ulcerose, lo strato papillare corrispondente al follicolo dilatato viene alla superficie; e al di sotto della crosta favica vi è lo strato papillare ipertrofico, messo allo scoperto. Le papille sono qua e là distinte da una propagine parasitaria, che si approfonda dal dischetto meccanicamente. Anche sotto le croste si possono avere semplici erosioni epidermoidali. Se si forma cicatrice è piana, liscia, atrofica. Le unghie possono agire come veicolo di autocontagio: qui in questo caso però non son malate.

Tigna acorion. — Oltre degli infermi con tigna acorion, oggi vedone anche un gallo. Molti animali vanno incontro alla tigna: ma più facilmente i mammiferi che gli uccelli. In questo gallo il male si è localizzato in corrispondenza della parte glabra nella cima. Serve a dimostrare la possibilità di trasmissione della malattia dall'uomo all'animale; ed a far intend re che come nell'uomo così negli animali può localizzarsi il male ove vi sia cute priva di peli o di appendici cutance in genere: e vi si estrinseca cogli stessi caratteri del disco favico.

Ora un caso di Tricofitiasi.

L'infermo ha presentato il male della pelle da pochi giorni; da circa 8 giorni. Essa è una erusione fatta da macchie e papule, disposte in modo da formare cerchi e semicerchi e da presentare un lato più rilevato (l'esterno): sia nel collo che sulla faccia : e da formare delle figure a cerchi concentrici. Nelle squamme col micro scopio si vedono oltre dei residui di elementi epiteliali, dei gonidii parasitarii, piccoli eguali, rotondeggianti, aggregati nell'interno delle squamme, non filamenti. Questo è il tricophiton tonsurans, che produce varietà di eruzioni cutanee. secondo la parte in cui si localizza; nel capillizio dando tonsura, nelle unghie, dando luogo ad alterazione della consistenza, del colorito e della spessezza delle medesime con ipertrofie, opacamenti, fragilità. Molte volte questa localissazione ungueale esiste soltanto nelle unghie dei piedi.

Le cause non si sanno; forse l'umidità, la minor pulisia, il tenere continuamente coperte queste parti. Nel resto della pelle, come ho detto, dà varie forme, dalla semplice ipertrofia dell'epidermide (desquammasione pitiroide) alla formazic ne di vescicole (da dar le parvenze dello soster) accompagnata da un certo grado di eritema, ed ispessimento della cute: localizzandosi nella radice del pelo e distruggendosi la papilla del medesimo, o ledendosi la struttura dello stelo ne viene una alopecia permanente che dà l'aspetto dell'area Celsi nel primo caso; uno stato di tonsura, come fatta con rasoio nel secondo. E' rara questa forma con alopecia. Però se vi si trova il parasita, esso ha l'aspetto dal tricophiton.

La cute, quando il parasita siasi approfoudato molto nei peli, può reagire con la formazione di un granuloma compatto, e dove si trovan follicoli si possono avere sepsi e quindi formazione di ascessi, e quasi la formazione di un favo.

Questa che presenta l'infermo è la forma più superficiale di tricophiton, eritematoso e pitiroide. Essa, leggiera per la localizzazione, ma non per il decorso, essendo cresciuta in pochi giorni, esprime una violenza di manifestazione del male. Il reperto istologico è anche un elemento per ritenere questo caso come una forma invadente e grave del male, ad es. la piccolezza dei gonidii, la abbondanza di essi. Il tricophiton è molto più irritante dell'acorion; e rappresenta quello che rappresente rebbe il bacillo della tubercologi fra gli schizomiceti messo a paragone del bacillo della lepra.

Il tricophiton irrita anche a distanza: l'acorion da vieino e solo meccanicamente. L'acorion ha un notevole bisogno di aria che lo fa vivere superficialmente e di esso non vi è dimostrazione che sia penetrato nel derma: ed è solo, usurando gli strati epidermici con la massa dei suoi gonidi e micelii che viene ad inframettersi fra le singole papille ed anche nel connettivo di esse, il quale si trasforma in un granuloma.

Il tricophiton tonsurans nel caso nostro si è sviluppato da poco tempo e la sua moltiplicazione non spiegherebbe l'iperemia notevole e fa supporre che porti con sè elementi irritanti che provocano iperemia.

L'achorion Schoen len ii al suo primo sviluppo non dà iperemia. La sona di irritazione in cui sgisce il tricophiton non è la sola cellula dove si trova, ma i tessuti sottostanti, i connettivi e gli endotelii dei vasi. Il tricophiton può essere capace di dare una inflammazione granulomatosa, l'ipertrofia, come l'agente settico, che entra a piccole quantità in un tessuto, vi determina l'inflammazione iperplastica: e quindi il Kerion nel cuoio capelluto che è appunto una neopro-

dunione granulomatosa in prevalenza e tumori. scoompagnati da tricofitiasi delle unghie.

La cura dave essere diretta a combattere la diffusione del male, essendo il parasita epidermico, applicare sulla cute sostanze parasiticide. (turbit minerale gr. 1, sugna o vasellina gr. 20 con bond ruche).

Si potrebbe applicare la crisarobina, ma essa è irritante ed aumenterebbe l'iperemia.

Con il turbit non si avra tutto il vantaggio per la stasi e l'iperemia; quindi devesi combatterla per messo di astringenti: pesse bagnate di solusione di acqua vegeto-minerale. La forfora da la possibilità del contagio perché la forfora porta con se dei gonidii di tricophiton che hanno una resistenza straordinaria. Questi gonidii cadendo su cute predisposta al tricophiton vi si tranjantano di nuovo, dando luogo a nuovo progresso della malattia.

Il tricophiton delle unghie si oura con metodo speciale. Disinfettare e digressare bene le unghie; poi applicare pasta di olio di mandorle e acido pirogallico. Vi si lascia per 24 ore: si formano superficiali necrosi di 3-4 millimetri. Queste si staccano e sorge epidermide sana. Se si vede che non è sanz veramente si ripete l'applicazione L'acido pirogallico è un valeno. Occarre non usarne molto ed avvertirne gli infermi. Sono accaduti. non in queste cure così limitate, ma nell'uso di acido pirogallico per malattie cutanee (pecriaci), fenomeni di avvelenamento, nefrite grave.

Un infermo trattato da noi contemporancamente in tutte le unghie delle mani e dei piedi non obbe conseguenze e guari.

RIVISTA DI CLINICHE

Cliuica chirurgica della Carità in Parigi (Prof. Tillaux)

Otite media - Rettura del timpane Mactoidite suppurate

Uomo sessantatreenne di robusta costituzione. E' stato sempre bene. Solo nel 1868 soffri di tifo. Da circa 10 anni ha incominciato a provare i primi sintomi della affesione di cui soffre, incominciò cios a sofirire di uno esclo dall'orecchio destro e d'ipoacusia dallo atesso lato. Da un mese a questa parte ha incominciato a soffrire crudelmente di refulalgie violente e d' insonnia. Lo scolo che era diminuito, divenne più abbondante. L'infermo non presentava pertanto fenomeni gravi quando, domenica scores, alle 2 dopo messodi fu assalito da brividi, tremere, dolori cefalici ed ipertermia notevole. La domenica stessa, verso le 7 di sera tivo? La trapanasione dell'apofisi mastoidea. Per ebbe una crisi identica con inteneo tremore ge- fare ciò, incideremo i tegumenti superficiali; poi

neralissato. Il lunedi mattina, febbre a 40º che durò per tutta la giornata.

Facendo l'esame del suo orecchio io he cometatato da parte del martello una larga perforazione del timpano; verso la regione mastoidea, nulla di appariscente, tanto che contentandosi delle apparense si sarebbe detta sana l'apofisi mastoide mentre in realtà poi si vide che appunto questa regione era la sede dell'infezione. Ad ogni modo, Il nostro infermo si lagna anni tutto del dolore, e poi di prostrazione. Se gli si domanda ove egli soffre, indica la fronte, il vertice osfalico e poi l'oreechio destro. E' dunque un dolore non localissato che s'irradia alla regione fronto-temporoparietale. Questo disgrasiato domanda di dormire, poiche il suo dolore costante glielo impedisce, Con la pressione il dolore non aumenta, ma se si comprime in corrispondensa dell'apofisi mastoide . subito dietro l'oreschio, si provoce un dolore acutiesimo, dolore che aumenta verso l'apice della ap. fisi. Quanto agli altri organi e funzioni, mulla di anormale eccetto 1 gr. quasi di albumina per litro nelle urine.

Quale è la malattia che affligge quest' nomo ? Evidentemente una otite media consecutiva a rottura del t mpano. Il punto di partenza degli acoldenti infiammatorii deve assere ricercato nella maiattia della cassa. Ma, attualmento, che cosa si deve pensare dei disturbi che noi constatiamo? E' la dura madre inflammata ? Esiste una meniugite, una suppurazione del cervello, un ascesso cerebrale in corrispondensa della cassa? Tatta queste ipotesi sono possibilissime. Finalmente, è possibile che si tratti di una mastoldite suppu-

Questioni gravissima.

Potrebbe darsi che le tre ipotesi sieno vere e che il nostro infermo riunisca in sèle 5 malattie sopra centate.

Io però non credo che si tratti di un processo meningitico, perché in generale, questo conduce

seco disturbi visivi e convulsioni.

L'accesso cerebrale, pure restando nel campo delle possibilità, nonmi pare più accettabile, poiché, ove esistesse, avremmo coma e sonnolenza: ora l'infermo è assolutamente insonne a poi conserva integra la conoscenza, la sensibilità e la motilità. Ed allora non resta che la 3º ipotesi che io credo più fondata, quella cioè di una mastoldite suppurata. Ma, obbietterete voi, come va che non vi sia edema o arrossimento locale? Questi sono caratteri che si osservano quando nell'apofisi mastoide esiste un focolalo in istato, circoscritto di suppurazione, non già quando questa è diffusa. Io ho operato un ascesso circoscritto in un altro individuo, che aveva poeto l'infermo in uno stato perfettamente identico a quello dell' infermo di cui oggi vi parlo, con dolori egualmente irradiantisi. La diagnosi è: ascesso mastoideo conssoutive ad otite media cronica.

La prognosi è grave. Abbandonando l'informo a sé in questo stato, significa esporlo alla morte; bisogna operare. Quale allora il processo operacon forbice e maglio, asporteremo a poco a poco l'apofisi mastoide. Qui bisogna far notare che facilmente avremo un fiotto venoso in questo momento della operazione, il quale può far temere la rottura del sinus lateralis; ora questo fiotto di sangue ha poca importanza, poiche proviene semplicemente dalla rottura delle vene emissarie. Per giungere fino al sinus lateralis bisognerebbe perforare la lamina vitres. Non pertanto bisogna procedere con somma cautela e dirigere la punta degli istrumenti parallelamente alla superficie del oranio e non grà perpendicolarmente.

Come regolarsi se (come è possibile) non si rinviene pus nell'apofisi? Prolungheremo l'incisione in alto ed in avanti verso la cassa del timpano ed, ove occorra, ci spingeremo fino a rompere la parte superiore della cassa, poichè noi siamo in obbligo di tutto tentare per sottrarre un infermo a morte certa e vicina (La Tribune mèdicale. 17 febbraio 1897).

CASISTICA CLINICA

Esfisema settseutaneo. Prof. Maragilano. — Un malato che presenta una singolare importanza, per un fatto sopravvenuto improvvisamente, è certo Garino Pietro affetto da tubercolosi polmonare, degente nelle sale mediche comuni dell'ospedale di Genova, del quale così scrive La Crenica della Clinica Medica di Genova (20 febbraio, 1897):

«Il primario della sala, alla cortesia del quale si deve l'aver potuto far vedere agli studenti questo ammalato, e l'aver potuto apprendere le note anamnestiche principali che riguardano il caso, racconta come in questo infermo sia insorto improvvisamente un marcato enfisema sottocutaneo del collo prima, poi al volto el indi a tutta la parete toracica anteriore, alle ascelle ed anche posteriormente.

La diagnosi analitica formulata prima d'ora, in questo ammalato, e l'esame fisico diretto fatto in eggi, ci persuade come in questo caso trattasi di una bronco-polmonite tubercolare a forma ulcerativa, diffusa ai due polmoni, con cavità dimestrabile all'apice del polmone destro.

Se ora noi riandiamo ai fenomeni obbiettivi e subbiettivi, che precedettero questo insorgere dell'enfisema sottocutaneo del collo e del volto, noi necessariamente dobbiamo ammettere, trattarsi, nella fattispecie, della rottura improvvisa della caverna polmonare all'apice di destra, e del consecutivo passaggio di aria nel connettivo lasso del collo per il tramite di aderense preesistenti in quel punto del polmone fra le due pagine pleuriche.

Dai pochi dati, infatti, che noi abbiamo potuto raccogliere, sappiamo che pochi minuti prima che insorgessero questi disturbi ed il successivo g nfiore dei volto, l'ammalato, in un forte colpo di tosse, avverti un acutissimo dolore alla regione sopraclavicolare deetra, indi cominciò a sentire un forte senso di stiramento e di gonfiore prima al collo, alla parte destra, poi a tutto il collo, indi al volto comprese le palbebre e la parte posteriore del cuoio capelluto.

Un' altra forma di enfisema sottocutaneo, che può giungere fino al collo, si é l'enfisema interlobare per rottura di qualche alveolo polmonare, o di caverna nella tubercolosi polmonare, e per la via del peduncolo polmonare lungo la via della trachea può rioscire a produrre un marcato enfisema del collo. Ma, come veliamo, questa varietà di enfisema, che, oltre che nella tubercolosi polmonare, può aversi nella bronchite capillara e nella tosse canina, non fa al caso nostro. La prognosi, in questo caso, deve mettersi in rapporto piuttosto con la malattia fondamentale, che l'ha prodotto, con la predisposizione ad altre lacerazioni consimili, che col fatto enfisema sottocutanso per sè stesso. L'ar a effusa al di sotto della pelle potrà presto riassorbirsi, come infatti ci afferma il sanitario curante, che, cioè, la tumefazione del collo e del volto in oggi è quasi totalmente scomparsa, resteranno sempre immutate, ansi peggiorate, le condisioni generali.

E la prova evidente che il prof. Maragliano si apponeva al vero nello emettere un prognostico infausto, non per l'enfisema sottocutaneo
in sè stesso, ma per le condizioni generali dell'ammalato e locali dei polmoni, venne data dal fatto che il Garino la sera del 7 febbraio 1897
quando già l'enfisema era completamente cessato, venne improvvisamente a mancare nello
spasio di pochi minuti in preda ad una violentissima emottisi, cagionata certamente dalla rottura di un vaso cospicuo.

L'autossia poi confermé pienamente il concetto del prof. Maragliano in rapporto alla modalità di produsione dell'enfisema sottocutaneo, poiché si potè constatare all'apice del polmone destro un'ampia caverna. Questa caverna in alto non aveva altra parete che la pleura ispessita, la quale stava adesa al tessuto cellulare della regione sopraclavicale, ed in quel punto si potè osservare una rima, indice sicuro dell'avvenuta rottura della caverna in quel punto.

Terrile

RASSEGNA DELLA STAMPA

CHIRURGIA

Sull'estruzione calcelesa del coledece. Couturier.-Per rendersi conto dei varii punti ove un calcolo biliare possa fermarsi, attraversando il coledoco, è nocessario tener presente la disposizione anatomica di questo. Tutto il coledoco può dividersi in una porsione sopra-duodenale ed in una retroduodenale. La prima corre per circa 2 cm. nella spessezza dell'epipioon gastro-epatico a livello del margine destro, tagliente di questa plica peritoneica, parete unteriore del forame di Winslow. Essa è in rapporto con l'arteria epatica sinistra e con la vena porta verso dietro. L'esplorazione di questa porzione del coledoco non è difficile; la ricerca del forame di Winslow è il tempo più essensiale della manovra e costituisce un punto di ritrovo sufficiente. A parte i casi eccezionali, basta sollevare il fegato od abbassare il pacco

intestinale per scovrire l'ilo ed esplorare tale porsione del dôtto. A partire dall'angolo che fa la prima parte del duodeno (obliqua in alto, in dietro ed a destra) con la porsione verticale di questo, il coledoco segue un tragitto di 4 a 5 cm. sulla parete postero-interna della 2ª parte del duodeno e costituisce la parte retro duodenale del canale. Questa pare che si sottragga alle investigazioni del chirurgo; ma il V a u t r in consiglia di scollare la porsione verticale del duodeno dalle sottostanti per esplorare il coledoco in caso di presunta calcolosi.

L'ampolla di Vater è inclinata obliquamente in basso ed a destra; esea è scavata nella specsessa della parete intestinale e, quando si riempie, sporge nel lume del duodeno, non già fuori di questo. Il coledoco non ha lume di calibro uniforme , ma qua e là trovansi dei restringimenti. ed oltre a siò in certi punti l'espansione delle sne pareti è ostacolata dalla presenza di tessuti vicini, Quindi, mentre il coledoco si presterebbe facilmente all'eliminazione di calcoli epatici, queste condizioni fanno si che l'uscita ne cia impedita. La sede dell'ostacolo calcoloso nel coledoco varia a seconda i casi; il calcolo può occupare la porzione sopraduodenale, la retroduodenale, l'estremità in vicinanza dell' ampolla ad infine l' ampolla di Vater.

Stando ai dati dell'anatomia normale, la sede più frequente dovrebbe essere nel punto di unione della porzione sopraduodenale con la retroduodenale.

In fatti il calcolo spesso si ferma nei primi millimetri del condotto, immediatamente ai disotto dello sbocco del dotto cistico nello spatico. Si tratta allora di calcoli voluminesi; ma se questi sono di grandessa minore, l'estensibilità della porsione sopra-duodenale permette loro di sosndere fino al punto in cui il coledoco diventa retro-duodenale el intra panereatico. In altri casi finalmente il calcolo può attraversare tutto il coledoco e raggiungere l'ampolla di Vater; ma quivi incontra la poca dilatabilità della grande carancola del Santorini, resta prigioniero dell'ampolla e fa una salienza sessile o paduncolata nella cavità del duodeno.

fi volume dei calcoli varia con la loro esde, però essi devono avere una certa grandesza, chè i plesoti ficilmente vengeno eliminati; quindi sono della grandesza di una nocciuola o più. Per la forma possono essere arrotonditi, conici, cilindrici.

I calcoli del coledoco sono ben poco resistenti; per lo più sono friabili e baeta comprimere un pò il coledoco fra le dita perchè il calcolo si frantumi in tanti piccoli frammenti (coledocotripsia) facilmente eliminabili, i quali talvolta rappresentuno il digregamento di moltissimi calcoletti prima uniti insieme.

Che cosa accade nelle vie soprastanti ed in quelle sostostanti all'ostacolo? Lo stesso che si può osservare in ogni stamosi di vasi o di dotti escretori.

Però non tutti gli autori cono d'accordo fra loro; mentre alcani ritengono ed ammettono che si abbia dilatazione della distifellea, altri dicome che si abbia estasia in primo tempo ed atrofia consecutiva di questa.

Un' altra conseguenza dell'ostruzione calcolora dei soledoco, indipendente dallo stato di dilatazione o di retrazione della vescicola è la cirrosi epatica calcolosa. Eppoi si possono avere tutti i fatti infettivi dell' anglocolite e della solecistite con formazione di ascessi disseminati, di grandessa variabile, in pieno parenchima epatico. Dal punto di vista patogenico, questi ascessi areolari hanno il loro punto di partenza dalla regione ove il calcolo si sofferma.

La teoria che vorrebbe ammettere che il calcolo potesse formarsi, avere proprio origine nelle vie escretorie della bile, oggi non trova partigiani.

Il calcolo può, ivi soffermato, ingrandirai per nuova aggiunta di scetanza litiaca, ma questa si origina sumpre nell'acino epatico.

La calcolosi del coledoco può manifastarsi sotto diverse forme cliniche; così abbiamo la forma comune, quella frustra, la forma latente.

La forma comune si manifesta col quadro classico dell'ittene per ritenzione con saamnesi litissica (successive coliche con o senza ittere, e poi itterisia con scoloramento delle fecce e più tardi ancora la cachessia).

La forma frustra è quella in cui l'itterizia manca o si ha solo nel momento dell'acresco; questo fatto potrabbe apiegarsi o perchè il caicolo è poroso e lascia passare la bile nell'intestino (Bernhard) o perchè (Griffon) la bile accumulata dietro l'ostaccio, aumenta la pressione, stende il coledoco (fino a dargli il calibro del tenne) ed allora, pure essendo il calcolo incuneato, la bile vi passa sopra e si elimina con le facce.

Le forme frustre non sono assolutamente latenti, poichè dall'anamnesi e dal dolore provocato dal palpamento a livello del coledoso si può benissimo intravedere una colelitiasi.

La forma latente poi non dà alcun sintoma obbiettivo o subbiettivo; il calcolo si riscontra solo all'autopsia ed è talvolta voluminoso; eppure (Griffon) vi son casi in cui, riandando accuratamente sulla anamnesi, non si trova il minimo accenno di litiasi biliare.

Le complicanse locali e generali dell'ostruzione calcolosa del coledoco sono molte.

L'ostruzione anche complicata può talvol ta durare a lungo apiretica; ma nel maggior nu mero dei casi si ha ipertermia caratteristica delle profonde suppurazioni e sintomi di risentimento peritonitico; è anche possibile la rottura della cistifellea quando questa è abnormemente tesa. Gli ascessi arcolari del fegato si traducono clinicamente con i sintomi generali e funzionali dell'epatita acuta suppurata, ma nulla può permettere di diagnosticarne la loro varietà.

Quanto alla diagnosi di calcolosi ostruante del coledoso, non vi sono segni di certezza per determinaria; in fatti, oltre del calcolo possono ben altri processi cocludere o comprimere il coledoso.

Ove il caso lo richiegga , nell' interesse dello infermo si potrà fare una laparotomia esplorative, salvo a considerarla come un primo tempo di un atto operativo se si conferma la diagnosi di litissi (Gazette hebdomma daire de médecine et de chirurgie, 21 febbraio 1897).

Nacciarone

Sulle raccolto mucese e purpiente dei seni frontali. Silcock.—E' noto che la secrezinne mucosa di ciascun seno frontale si scarica, per messo del dòtto fronto-nasale o infundibolo, nel mesto medio. L'occlusione temporanea o permanente del dòtto fronto-nasale dà luogo ad una ritensione di muco nel rispettivo seno frontale.

Se poi, oltre all'occlusione dell'infundibolo, si è avuta penetrazione di agenti piogeni entro il seno, la raccolta che si formerà in quest'ultimo

sarà purulenta o muco-purulenta.

Tali affezioni dei seni fistolosi non sono punto eccessivamente rare; e negli ultimi dieci anni, l'autore ha avuto occasione di curarne ben 14 casi.

L'occlusione dell'infundibolo paò dipendere da fatti traumatici (colpi sul naso, ecc.), oppure da periostite, sia sifilitica, sia d'altra natura, talvolta con neoformazione ossea, e totale obliterasione del dotto. La tumefazione inflammatoria della mucosa dell'infundibolo, per effetto d' una rinite, può essere abbastanza considerevole, da determinare un'occlusione temporanes.

D'altra parte, le vegetazioni adenoidi, i polipi o altri tumori nasali, possono ostruire permanentemente l'orifisio inferiore del dotto fronto-

nasale.

L'affesione è più frequente negli uomini che nelle donne. Essa si osserva, per lo più, in individui giovani o di mezsa età; è invece rarissima nei vecchi. Siccome i seni frontali incominciano a formarsi, come vera cavità verso i sette anni, così è naturale, che i piccoli bambini siano esenti dall'affesione in discorso.

I sintomi variano in intensità ed in gravessa, a seconda dei casi.

Quando l'ostruzione si produce acutamente, come può accadere per effetto d'una rinite, il dolore è considerevole, talvolta pulsante; e oltre al dolore spontaneo, può esservi pure dolore alla pressione nella regione dei seni. La cefalea frontale che accompagna così spesso la corissa, è dovuta probabilmente, non solo ad una diffusione del catarro alla mucosa dei seni, ma anche ad un accumulo di muco in questi ultimi.

In casi piuttosto cronici, il dolore può essere di poco conto; e talvolta non si ha che un semplice senso di pienezza ed una molestia non ben determinate, nella regione sopracciliare.

Aumentando l'accumulo di muco e per ciò la pressione di esso sulle pareti del seno, questo man mano si dilata. Delle pareti del seno, l'inferiore, corrispondente all'orbita, è la più sottile, e per ciò al tempo stesso, la meno resistente. Quindi l'espansione del seno ha luogo specialmente Verso l'orbita, e provosa uno spostamento del glubo oculare all'ingiù, e talvolta all' in- libera comunicazione tra il seno frontale ed il naso.

nansi. La mobilità del globo oculare all'insu può esser molto limitata, ed aversi per ciò diplopia verticale. La distensione del seno provoca una tumefazione esterna, localizzata sotto l'arco sopraorbitale, nell'angolo interno dell' orbita, tra

questa ed il globo oculare.

Tale tumefazione può essere dura, del tutto priva di elasticità, e far pensare ad un tumore oegeo o cartilagineo. In certi casi però, a causa del grande agsottigliamento della lamina ossea, il tumore cède alquanto alla pressione del dito. Se poi la lamina ossea è stata intieramente riassorbita, almeno per una certa estensione, la tumefasione può essere chiaramente fluttuante. Talvolta accade, che la raccolta si svuota parzialmente entro il naso, e che, in seguito ad una tale uscita di muco o di muco-pus, per lo più avvertita benissimo dall'infermo, la tumefaziune diminuisce, più o meno notevolmente. La pressione sul tumore può avere lo stesso effetto.

L'empiema dei seni frontali è meno frequente delle semplici raccolte mucose. Anche queste però, vengono talvolta indicate col nome di empiema, specialmente quando il muco è inspessito, e presenta, ad occhio nudo, molta somiglianza col pus, benché in realté il numero dei corpuscoli purulenti frammisti al muco sia scarsissimo. Quando ha luogo suppurazione, questa può provocare sintomi flogistici più o meno consideravoli: febbre, iperemia ed edema della regione affetta, e molta sensibilità alla pressione. Quando l'Infundibolo non è intieramente obliterate, la pressione sul tumore provoca facilmente uscita di pus, talvolta a gocce, le quali possono vedersi cadere sul turbinato inferiore. Quando poi il dòtto fronto-nasale è del tutto obliterato, l'ascesso finisce, d'ordinario, con l'aprirsi all'esterno, lasciando un seno fistoloso, che conduce entro il seno ammalato. Possono pure aversi diverse altre complicazioni: perforazione o necrosi della pazzta pesteriore del seno, con conseguente meningite suppurativa; cellulite or-i bitale : riassorbimento del satto esistente tra due seni, e diffusione della malattia dall' uno all'altro seno. In individui, nei quali il sepimento tra i due seni è incompleto, l'affesione può casere bilaterale sin dal principio. Pare che, in alcuni casi; l'empiema d'un seno frontale sia stato seguito da empiema del corrispondente seno mascellare; e ciò perchè, gli orifizii nasali dei due seni essendo tra loro contigui, ciò può dar luogo facilmente ad un'infezione secondaria del seno mascellare.

L'empiema del seno frontale non sempre è preceduto da un accumulo di muco, giacche il processo può esser suppurativo sin dal bel principio, per un'infesione derivante dal naso o dalla gola, o secondaria ad un'affezione dell'antro d'Higmoro o delle cellule etmoidali anteriori. La frattura della parete anteriore del seno frontale, le ferite per arma da fuoco, la penetrazione di animaletti (scolopendre) entro il seno frontale, possono, del pari esser cagione di empiema del seno stesso.

Nell'affesione di cui discorriamo, la principale indicazione terapeutica consiste nel ristabilire la Il solo synotemento dell'ascesso non basta a produrre la guarigione, se non si ristabilisce la detta comunicazione; giacché, o resterà una fistola permanente nel punto in cui si è aperto l'ascesso oppure, chiudendosi la fistola, si riformera l'empiema.

Il metodo operativo seguito dall'autore è il seguente: Previa narcosi, s'incidono i tegumenti sino all'osso, nella parte più aporgente del tumore, per l'estensione di circa un pollice. Indi si apre il seno, e per meszo d'una agorbia, si dilata l'apertura quanto è necessario, perchè possa pe-

netrarvi la punta del dito.

Dopo ciò, si fa penetrare attraverso l'infundibolo una sonda d'accialo assai curva e fornita d'un occhiello. Questa sonda si fa uscire dalla corrispondente narice. In quel casì, nei quali l'infandibolo è intieramente obliterato da tessuto esseo neoformato, bisogna creare un nuovo passaggio per messo d'una sonda curva ed appuntata, o simile strumeato. Meraè l'occhiello della sonda, si fa passare attraverso l'infundibolo, prima un forte filo di seta, e poi con l'aiuto di questo, un grosso filo di piombo.

Quest' ultimo deve restare in alto per un certo tempo, e perciò lo si farà star farmo, piegandolo ad uncino in alto ed in baseo, cioè in corrispondensa tanto della ferita, quanto dell'ala del naso. Due o tre volte al giorno si fanno irrigazioni antisettiche; ne si toglie il filo di piombo, se non quando il ssoreto cessa di essere purulento.

Se, invece di aversi la guarigione della ferita resta un seno fistoloso, ciò indica che la comu-nicazione tra il seno frontale ed il naso non è ancora ben ristabilita, e occorre per ciò una nuova dilatazione (The Practitioner, marso 1897).

Loddo

OSTETRICIA

Sulla deviazione e retazione dell'utero gravide. Merray — L'utero, aumentando di volume sotto la influenza della gravidanza, devia quasi costantemente dalla linea mediana.

In un gruppo di 100 casi, Pajet e Dubois trovarono l'utero spostato a destra in 80 casi. Negli altri 20, l'organo era deviato a sinistra, oppure conserva la sua situazione normale.

La devissione dell'utero persiste anche depo il parto, e sembra mantenersi sin che l'organo

aubia subito la sua piena involusione.

Molte spiegazioni sono state proposte intorno alla causa dell'acconnata deviazione. Le y re t faceva dipendere quest'ultima dail'inserzione della placenta in uno o nell'altro lato dell' utero; ma Tarnier afferma che l'utero è talvolta inclinato a destra, mentre la placenta è inscrita nel lato sinistro della parete uterina.

Dosormeaux riteneva che la deviazione si producesse al principio della gravidanza, per la pressione del retto sull'utero in via di ipertrofia; ma Dubois osserva che questa influenza del retto dovrebbe essere compensata ben presto da destro, esso era molto spostato all'indistro, come quella del cieco, col quale l'atero gravido viene si constatò dopo che l'utero fa tratto fuori del

a tro varsi in contatto sin dai primi mesi della gravidansa.

D'altra parte, pure ammettendo che il retto abbia una parte nella produsione della deviazione uterina verso destra, come dovranno spiegarsi i non rari casi, nei quali l'utero è spostato a ainiatra ?

Madame B oivin attribuiva la devissione dell'utero ad una differenza nella lunghessa e nello spessore dei due legamenti rotondi. Quello di destra sarebbe più corto e più muscolare di quello di sinistra, e per conseguenza tirerebbe l'utero verso deetra. Questa spiegasione sarebbe plansibile, se avesse l'appoggio di dati anatomici. Ma al contrario Pajot e Rambaud, avendo esaminato i legamenti rotondi in un gran numero di cadaveri, non trovarono mai alcuna differenza tra il legamento di destra e quello di sinistra.

Come at vede, nessuna delle cannate spiegazioni è soddisfacente. Ma è il caso di esaminare se la devissione dell'utero non abbia forse intima relazione con un altro movimento, che l'utero stesso subisce durante la gravidanza, o che è contituito da una rotasione dell'organo intorno

al suo asse longitudinale.

Il Valpeau fece per il primo l'osservazione che in quei casi, nei quall l'utero devia a destra, il movimento di rotazione che seco al tempo stesso sublece, è tale da spostare all'innansi l'ovaio sinistro, mentre la rotazione dell' utero è inversa, e per ciò sposta all' innanzi l'ovaio destro, in quel casi meno frequenti, nei quali l'utero divia a sinistra.

Il Ferguson caservò in alcuni casi finomeni di shock per effetto della compressione dal-

l'utero, dopo il parto.

Questi fatti furono il punto di partenza d'un accurato studio che egli fece sulla rotasione dell'utero gravido, giacohè egli attribuiva gli accennati fenomeni alla compressione dell'ovaio apostato all'innansi per la rotazione dell' utero.

Ma le conclusioni di Ferguson furono combattute molto acremente dal Webster; il quale sulla base d'un certo numero d'osservazioni necroscopiche, nego assolutamente la rotazione dell'utero, e dichiarò non potersi attribuire alcun valore, in cose di tal genere, a fallaci osservazioni oliniche,

L'opinione della rotazione dell' utero gravido sembrò distrutta quasi inappellabilmente dagli argomenti del Webster. Tuttavia nella letteratura esistono non pochi fatti, i quali non lasciano alcun dubbio intorno alia realtà della rotasione dell'utero, pure ammettendo che essa non sia costante, ne sempre di grado altissimo.

A tal proposito, l'autore riferiece il seguente caso. Anni addietro, egli assistette il Oroom in un'operazione di Porro. Dopo aperto l'addome e divaricati i labbri della ferita, il Uroc m richiamò l'attensione sui fatto, che l'ovaio sinistro trovavasi sotto il margine sinistro della ferita, vale a dire, che esso era situato in granda prossimità della linea mediana. Quanto all'ovais

cavo addominale; giacché, sinché l'utero rimase in sito, esso impediva intieramente di vedere o palpare il detto ovaio.

In questo caso, la rotasione dell'utero era evidentissima e molto considerevole, come indicava in modo assai chiaro il grande spostamento

delle ovaie in opposte direzioni.

Tarnier, Budin, Chaignot e Fergus o n hanno constatato molte volte con la palpasione, lo spostamento all'innanzi d'una delle ovaie, che poterono toccare, come una massa ovoide, da un lato o dall'altro dell'utero, secondo i casi. We bater mette in dubbio, che si possa constatare col palpamento la posizione d'un ovaio, e si felicita ironicamente con coloro, che dicono poter fare una tal cosa, e che dimostrano, [per tal modo, d'avere un tatto squisitis-

Ciononostante, non si può che attribuire molto peso alle osservazioni di ginecologi sunnominati, tanto più che le medesime trovansi in pieno accordo con quanto si è constatato in casi analoghi al surriferito, nei quali lo spostamento delle ovaie fu messo fuori di dubbio con

l'ispesione diretta,

La disposizione delle fibre muscolari dell'utero può darci una certa spiegasione della deviazione e della rotazione dell'utero durante la gravidanza. Le fibre muscolari della matrice sono disposte in tre strati. Lo strato esterno è costituito da fibre longitudinali, lo strato più interno da fibre circolari; quanto allo strato medio, che è spessissimo, le sue fibre sono disposte in un modo intricatissimo ed irregolarissimo.

Or bene: se le fibre muscolari dell'atero fossero disposte in un modo assolutamente simmetrico ai due lati del piano mediano dell'organo, l'aumento della pressione interna del viscere dovrebbe dar luogo ad ad una dilatazione e ad un' ipertrofia

sımmetrica di essc.

Ma siccome le fibre dello strato medio, il più spesso dei tre, non sono punto disposte simmetricamente, è naturale il pensare che, quando per effetto della gravidanza aumenta la pressione interna dell'acero, tale aumento di pressione debba provocare, da parte del muscolo uterino, una reasione non uguale nelle due metà dell'organo. Difatti, la tensione della parete uterina è la risultante d'un gran numero di forze elementari, ciascuna delle quali è rappresentata da una fibra muscolare.

La direzione di queste fibre non è punto simmetrica; quindi le fibre di destra e quelle di sinistra non potranno agire in direzioni direttamente opposte; e da ciò deve risultare uno spostamento, e al tempo stesso una rotazione dell'utero: rotazione che, considerata meccanicamente corrisponde a quella d'una « coppia ».

E' chiaro adunque, che esiste un intimo nesso tra lo spostamento e la rotazione dell'utero gravido, fatti che dipendono entrambi dalla non simmetrica discribuzione delle fibre muscolari uterine. Quindi non può punto sorprendera il fatto, sul quale il Velpea u richiamò pel primo l'attenzione, vale a dire, che quando l'utero ruo- pule ed i pomfi sono disposti a cerchio; ed il

ta verso destra, esso s'inclina pure verso destra, mentre, quando esso ruota a sinistra, devia contemporaneamente a sinistra (*The Edinburgh Me*dical Journal, febbraio 1897). Loddo

DERMATOLOGIA

Micesi fungeide e sarcematosi cutanea, Bowen. La micosi fungoide e la sarcomatosi cutanea sono affesioni tra loro affini, tanto che, certe volte, è difficile dire, se un dato caso debba considerarsi come appartenente all'una, o all'altra di tali malattie.

Sino a quando la vera natura di questi due morbi e delle forme ad essi prossime non sarà stata ben determinata, il Kaposi propone d'indicarli con la comune denominazione di « tumori sarcoidi », e tra questi comprende, non solamente la micosi fungoide e la sarcomatosi cutanea, ma anche la « linfodermia perniciosa ».

Appunto perchè si tratta d'affesioni ancora mal conosciute, l'autore crede importante riferire due casi da lui osservati nell' Ospedale Generale di

Boston.

Il primo concerne un paziente di 52 anni, macchinista; che fu ricevuto nel suddetto ospedale verso la metà di gennaio del 1890. Assenza di precedenti ereditarii degni di nota, Quanto al pasiente, egli dice essere stato sempre sano e forte, nè aver mai avuto sifilide o altre malattie venerec. Otto mesi prima della sua ammissione in olinics, l'infermo osservò che i suoi testicoli diventarono, in breve tempo, due volte più grossi del normale, e che i medesimi divennero molto duri, ma non dolenti. Alcune settimane dopo questo fatto, incominciarono a comparire sulla pelle tubercoli di varia grandessa, di color rosso e di consistenza molle. Essi erano sparsi su quasi tutto il corpo, vale a dire, sulle cosce, sui polpacci, sull'addome, il torace, le braccia e la faccia. Negli otto mesi trascorsi dall'inizio della malattia, il paziente notò una sensibilissima diminuzione del suo appetito ed un progressivo scemare delle sue forse. Il peso del suo corpo diminui di circa venti chilogrammi.

Alla sua entrata in clinica l'infermo era spiccatamente cachettico. Sal suo corpo osservavansi noduli duri, rotondi, rosso-bluastri mediocramente elevati sulla superficie cutanea, ed aventi un volume variabile da quello d'un grosso pissilo a quello d'un uovo di gallina. I noduli erano mobili insieme con la pelle, e non sembravano approfondirsi di molto nel connettivo sottocutaneo. Alsuni di essi presentavano una depressione centrale. Altri erano leggermente ulcerati; ma in nessuno di questi ultimi si aveva l'apparenza fungosa, che suole osservarsi negli ultimi stadii della micosi fungoide.

Ottre ai detti noduli, la pelle presentava numerose papule e pomfi, d'un colore brunastro tendente al rosso. L'infermo assicura che queste le-

sioni furono da lui notate, insieme ai noduli, sin dal principio della malattia. In certi punti, le papagiente afferma, che una tale apparensa s'è prodotta per lo scomparire delle lesioni centrali. I-neltre alcune parti della pelle presentano chiasse pigmentate, e l'ammalato dice che esse sono il residuo di grossi noduli ora scomparsi, e del tutto simili a quelli che attualmente esistono.

I testicoli sono assai voluminosi, duri, lisci, indolenti alla pressione. Le ghiandole linfatiche

non acno ingressate.

L'infermo fu curato con iniccioni ipodermiche di liquore d'arsenito di potassio, tre guece al giorno. Sotto tal cura, alcuni noduli e tubercoli diminuirono rapidamente di volume. Tuttavia, alcune settimane dopo, manifestaronsi forte cefalea e nausea, grande prostrazione, dolore al torace destro, ma sensa speciali segui fisici, e finalmente leggiera tebbre. La morte fu preceduta de grave dispuese e da delirio.

L'autopais fu fatta 28 ore dopo la morte. Il cranio non fu aperto. Cuore e polmone normali. Milsa alquanto ingrandita, dura, rosso-bruna. L'ingrandimento è dovuto ad un aumento della polpa

eplenica.

In uno dei reni trevasi un nodulo del volume d'un pisello, istologicamente analogo ai noduli cutanei. Normali il fegato, lo stomaco l'intestino, la vascica. Nel mesocolon, un tamoretto grande quanto un acino d'uva, anch'esso della stessa natura dei tubercoli cutanei.

Questi, al taglio, mostransi costituiti da una massa omogenea, grigio-rossastra, la quale, esaminata al microscopio, vedesi risultare da piccole callule rotondeggianti e da un delicato etroma fibroso. In messo alle callule rotondeggianti notansi rare callule irragolarmente fusiformi. Le neopla sie entance sono specialmente localizzate negli strati profondi del derma.

Entrambi i testicoli ed uno degli epididimi sono sede d'una negformazione, la cui costituzione istoogios è identica a quella dei tumori cutanei.

Le ricerche batteriologiche riuscirono del tutto

megative.

Difficimente può dirsi, se il suesposto debba piuttosto chiamarsi un caso di micosi fungoide o di sarcomatosi. La coetituzione istologica non differiva da quella che si ha nei casi tipici di micosi fungoide; al contrario l'andamento clinico e la breve durata cono assai più quelli d'una sarcomatosi, che d'una micosi fungoide. In favore della sarcomatosi stanno pure i fatti iniziali, esceni o mancato lo stadio ecsematoso premiorance, e l'affesione non avendo incominciato dalla pille, bensì nei testicoli. D'altronde, l'involusione completa di alcuni dei tumori cutanei e la ridusione di volume di molti altri, sono fatti comuni nella micosi fungoide, ma che non possiamo esser disposti ad ammettere nella sarcomatosi.

Ecco ora il secondo caso osservato dall'autore. El è curioso notaro, che i due casi occorsero contemporamente, così che i due informi erano entrambi in Clinica nel gennaio 1890.

Pasiente di 48 anni, padre di 4 figli viventi

Fn in buona salute sin verso il maggio del 1889, quendo incominciò ad avventire una tume-

fazione alla narioe destra ed un arrossimmento

Nell' epoca in cui l' infermo fu ammesso in Cinica, esisteva una tumefazione rosso-oscura dell'ala destra del naso, con occlusione quasi completa della narios destra. Un mese dopo il principio della tumefazione nassie, l'infermo avverti che il suo testicolo sinistro era laggermente aumentato di volume. L'ingrossamento fu progressivo, e nel gennaio 1890, il testicolo sinistro aveva un volume doppio di quello di un pugno, era ovale, duro, liscio, non trasparemte.

Nel luglio 1889 incominció a mostrarai , in corrispondensa del malleolo esterno di destra , un tumoretto, il quale crebbe progressivamente ed acquistò, in sei mesi, il volume di un movo

di gallina.

Tale tumore era elastico, liscio, indolerite, di

color rosso-chiaro.

Oinque settimane prima della sua ammissione in Clinica, l'infermo notò il principlo d'una eruzione cutanea, la quale, incomindiando dagli arti inferiori, invate in breve tempo gran parte del corpo, sotto forma di tubercoli multo analoghi a quelli descritti nel primo caso, ma accompagnati da una maggiore infiltrazione delle parti circoctanti.

L'ammaiato è molto dimagrito ed accusa una grande debolezza. Egli fu curato, come il primi infermo, con inicaioni sottocutance di liquore arcenicale, le quali produssero, entro due settimane, un sensibile miglioramento, cioè un rimpicciclimento del testicolo siniatro e del tumore nacale, minor prominenza dei noduli cutanci, s

un corto aumento di forsa.

La cura arsenicale fu interrotta, perché l'infermo volle lasciare l'ospedale. Egli mori un mese dopo, avendo peggiorato assai rapidamente in seguito all'interrusione della cura. La morte non fu preceduta da alcun nuovo sintoma, benel da un progresso rapidissimo della debolezza e della cachessis.

Benché in questo caso non sisti fatta l'autopsia, e neppure l'esame istologico dei noduli cutanei, è evidente la grande rassomiglianse di questo, col caso precedentemente esposto.

Anche qui sarebbe difficile il dire, se l'affesione meritava più il nome di misosi fangoide, o quello di sarcomatosi (Journal of culancous and genilo-urinary diseases, fabbraio 1891). Loddo

Lious

VARIETA'

Cerpi estranei nello stomace

Fricker in une degli ultimi numeri della « Deut. med. Wochenser, riporta la storia di una alienata operata con successo e nel cui stomaco si rinvenne: una chiave, una forchetta, due cucchiaini da caffe, due furcinette da capelli, dodici pessettini di vetro, un bottone da stivalino, nove aghi, un crocco da imposta ecc.; in tutto 67 corpi estranei del peso complessivo di 262 grammi.

Redattore respersebble: Dolt: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Biforma Medica

Sommano. — 1. Note del giorno. La eura dell'atamia tabetica mercè la rieducazione dei movimenti. — 2. Laveri originali. Ospedale civile di Tortona. Enorme spina bifida. Cura radicale con metodo osteo-plastico. Guarigione, pel dott. Luigi Soave, chirurgo primario. — 8. Rivista di Clinica. Clinica medica dell'tapedale S: Antonio in Parigi (prof. Hayem). Un case di anemia cancerigna. — 4. Rassegna della stampa. Patologia e Clinica medica. — 5. Rimedii nuovi.—6. Note di pratica chirurgica. Sull'apparecchio per disinfesione ed emostasia col vapore d'acqua sotto pressione del dott. Giancola.—7. Notisie.

NOTE DEL GIORNO

Le cara dell'atassia tebetica mercè la rioducazione dei mevimenti

Parecchi autori si sono oscupati di tale argomento, mettendo in evidensa i benefici effetti che da una ginnastica ragionata si possono ricavare per la cura dell'atassia tabica, e nei, a mano a mano, ne abbiamo ripertato quelche cenno. Fra i propugnatori di questo metodo, ci piace citare l'Hirschbergil quale, in seguito ad un primo lavoro pubblicato mesi addietro, ora pubblica negli Archives de neurologie un secondo articolo confortato da 9 nuove osservazioni che confermano l'importanza pratica del metodo.

Il metodo della rieducazione dei movimenti si propone di correggere l'incoordinazione motrice, basandosi sul fatto che i tabici atassici sono capaci di ri-imparare (per sforsi volitivi) a coordinare i proprii movimenta

Per arrivare a tanto, l'atassico dovrà eseguire esercizii speciali che saranno differenti a seconda la sede ed il grado della inecordinazione, Qualunque si sia l'esercizio, esso dovrà esser sempre e regaito lentamente, quanto più esattamente è possibile e con riflessione. L'infermo deve comprendere la ragione e l'utilità di ogni esercizio. Quando si studia da vicino l'incoordinazione motrice dei tabetici, si è colpiti dal fatto che gli infermi hanno letteralmente dimenticato quali muscoli debbano mettere in contrasione per eseguire un dato movimento. Ed allora si è obbilgaticad insegnare loro come bisogna muovessi per sedersi, per alsarsi, per Voltarsi ecc., cicè un'analisi particolareggiate di ogni movimento che il tabico vuole eseguire. Per ottenere risultati favorevoli, non si dovranne applicare schematicamente gli stessi esercisii in tatti gli infermi; binogna prima studisre le particolarità dell'incoordinazione in ogni cueo singolo e seegifers esersis il adattati a comreggere i difetti constatati.

Gli esercizii a tale uopo proposti, rientrano in 8 gruppi di movimenti: movimenti muscolari semplici (flessione, setensione, abduzione, ecc.), movimenti coordinati semplici (alzare la gamba ad una certa altezza, fisttere gli arti in gradi differenti, ecc.), movimenti coordinati composti (camminare, sedersi, scrivere; ecc).

Per la cura dell'atassia degli arti inferiori si è ricorso ai seguenti esercisi: esercisii al letto ed esercisii all'impiedi; gli ultimi a loro voltassi suddividono in esercisii di equilibrio statico ed esercisii di locomozione.

Per eseguire gli esercini a letto, l'infermo deve stare coricato, con le gambe nude: e col capo sollevato; pershè possa guardare i suoi arti inferiori. In tale posizione egli dovrà eseguire successivamente, nell'ordine della lora complessità, la serie dei mevimenti seguenti:

flessione, estensione, abdusione, addusione di un piede prima, poi dell'altre e poi di tutti e due assisme:

movimenti di rotazione del piede nell'articolazione tibio-tarsea, descrivendo un cerchio con la punta del piede;

flessione del ginocchio sensa che la coscia osciili a destra od a sinistra;

flessione della coscia sul bacino, tenendo flesso il ginocchio;

addusione ed abdusione della coscia. (Durante questo movimento, il ginocchio è flesco, la pianta del piede poggia sul letto, il bacino è immobilissato. L'infermo deve eseguire i movimenti senza interruzioni ed in 4 tempi: abdusione, ritorno alla linea mediana, addusione e ritorno di nuovo alla linea anzidetta);

elevazione della gamba in un sol pesso, sensa fare movimenti di sig-zag;

tenere la gamba così elevata e fare movimenti di abduzione e di adduzione nell'articolazione coxale e poi fare, nella stessa posizione, movimenti di rotazione nell'articolazione cexale deserivendo col piede un cerchio; tenendo le gambe allungate e ravvicinate, l'infermo devrà poi tentare di sedersi sul letto sema aiutarsi con le mani e sensa muovere le gambe; eseguire lo stesso movimento stando in posizione perfettamente orizzontale.

E' facile comprendere le scope di questi esercisii; l'infermo deve imparare a dominare le contrasioni dei muscoli e quindi arrivanuad eseguire tutti questi movimenti con una regolarità perfetta. Al principio l'infermo guiderà con gli cochi i suoi movimenti, ma poi, a-mane a sunne dovrà eseguirli anche con gli occhi chiusi. Gii esercisii a letto, costituiscono la prima parte della cura proposta dal Fraenkel. Nei tabici, perfettamente atassici, il periodo di esercisii a letto sarà evidentemente più lungo di quello cui sarà cottoposto un infermo che possa ancora camminare. In tutti i casi, qualunque sia il grado di incoordinazione motrice, gli infermi ricaveranno sempre un grande beneficio da questi esercisii.

Per gli esercizii nella stasione eretta, si scegliera una camera ampia, bene illuminata, vuota, con pavimento non incerato, coperto da tappeto fissato con chiodi. L'infermo deve cesere vestito leggermente; per le donne si adopreranno le brache da ginnastica. E' sempre importantissimo che in primo tempo gli infermi guardino i loro piedi.

Questa categoria di esercizii ya suddivisa in esercisii statici e di locomozione, Pei primi, l'infermo starà in piedi ed il medico accanto a lui; se esso non cammina , lo si sosterrà mercà una cintura di Fraenkel, oppuregli si parmetterà (almeno al principio) di poggiarsi ad un bastone. Gli secreinii statici sono i seguenti : restare in piedi immobile, con i piedi un po' divaricati e con le mani poggiate contro la faccia esterna della coscia, per uno a due minuti. Identico esercisio a piedi un po' lontani, eseguire movimenti ginnastici con gli arti superiori. Identico esercinio a piedi ravvicinati. Fiettere il corpo in avanti, lateralmente e verso dietro, descrivendo un cerchio col capo, prima a piedi disglunti e poi ravvicinati.

Alsarsi ed abbassars: lentamente, curvarsi in avanti, cercando di toccare con i polpastrelli le punte dei piedi, mantenersi sulle punte, mantenersi in piedi toccando fra loro le ginocchia, tutto ciò sempre prima con piedi allontansti e poi avvicinati. Tenendo le ginocchia fiesse, seguire con le braccia movimenti di ginnastica. Mantenersi su di una gamba e poi, in tale posizione, fiettere lievemente il ginocchio.

Dopo tutta questa serie di esercisii statici, s'incomincerà a passare a quelli di locomozione. L'infermo, tenendosi in piedi, avanserà lentamente un piede per la lunghezza di un passo e ricondurrà in sito lo stesso piede sollevandolo d'un sol colpo; poi lo sposterà verso distro e lo ricondurrà a posto nello stesso modo; indi sposterà il piede lateralmente per la distanza di un passo, ecc.

Questi eserciali si ripeteranno alternativamente con ogni piede.

Mettere un piede avanti all'altro nella linea mediana e restare in squilibrio.

Fare 90 passi in avanti, poggiando i piedli con leggeressa in guisa che tutta la pianta tocchi il suolo e contando ad alta voce i suoi passi. Chanminare all' indictro, lateralmente, a grandi passi, sulla punta dei piedi, fermandosi bruscamente, oppure cambiando rapidamente direzione. Deambulazione con ostacoli (si mettono a terra tenti pessi di legno ad eguale distanza l'uno dall'altro e l'infermo deve camminare tra questi sensa spotarli). Alzarsi da una sedia sensa aiutarsi con le mani e sedersi lentamente censa lasciarsi cadere. Esercitarsi a salire e scendere una scala senza appoggio e via via. Il medico potrà variare e continuare gli esercizii all'infinito, a seconda il giusto criterio; però deve richiedere attenzione e regolarità nei movimenti e passerà ad uno esercisio più difficile colo quando il precedente si comple bene e senza aforzo.

Ai tabici che non camminano, oltre agli esercisii si consiglierà il riposo al letto; a quelli che camminano ancora, si consiglierà di non stancarsi o di camminare secondo le regole sopra niferite oltre all'esecusione degli esercisii.

Bisogna però tener presente che, nel periodo prestassico, gli infermi accusano quasi sempre un rapido esaurimento di forse, il quale non è punto in rapporto con la quantità di forsa muscolare consumata. A questo periodo d'iperestesia per dir coel, succede uno di anestesia per la stanchessa.

L'infermo cammina perecchi chilometri e non accusa stanchezz:; Frankel parla di un tubico che poteva tenere in aria il suo braccio sensa atancarsi, per 29 e 25 minuti.

V'ha una terra categoria di tabetici i quali hanno un considerevole ritardo nella percezione del senso della stanchezza.

Queste modificazioni hanno grande importanza nel metodo di cura della ginnastica razionale nell'atassia; in fatti il tabico che non avverte la stanchezza è obbligato a consumare una grande quantità di forza muscolare, senza riparare la perdita col riposo.

Bisogna esser moito prudenti e tener conto dello stato generale dello infermo, nonchè della sua resistenza; di talchè in primo tempo la durata degli esercizii sarà sempre minora e solo dopo andrà gradatamente aumentando, poichè, se il Isvoro è corporeo, è la psiche che lo dirige.

Anche lo stato generale risente un benefico affetto dalla cura psico-ginnastica; si è notato miglioria dei disturbi sensitivi, del sintoma di Remberg, dei dolori folgoranti, delle crisi, della sensibilità profonda (muscelo-articolare) e perfino un senso di benessere.

Però non tutti i tabici possono sottoporsi a questa cura; se per alcuni è indicata, per altri è controindicata.

Astrazion facendo da tutti gli altri sintomi della tabe, qualunque sia il grado della incoordinazione tabica, essa può migliorarsi con la rieducazione dei movimenti; tutto dipende dall'evoluzione della malattia. Se la tabe evolve rapidamente, il risultato di tale cura è chiaro che sarà nullo; ma se l'evoluzione è lenta oppure il processo si è arrestato temporaneamente o definitivamente, il risultato della cura peico-ginnastica sara evidente.

A parità di condizioni, risentiranno maggiore Vantaggio gli infermi il cui animo non è molto rattristato.

La cura è controindicata negli individui con stato generale grave o con gravi alterazioni organiche, nei cardiaci, negli osteo- o artro-patici, nei decrepiti e finalmente nella tabe ad evolusione acuta o troppo rapida. Nacciarone

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI TORTORA, -ENORME SPINA BI-FIDA, CURA RADICALE CON METODO OSTRO-PLASTICO: GUARIGIONE; pel dottor Luigi BOAVE, chirurgo-primario.

La spina bifida è in pochi, rarissimi casi, guaribile spontaneamente, pel coartarsi dell'orificio d'uscita della sacca o pel rinserrarsi della apertura ossea della colonna vertebrale. Avviene anche il raro caso fortunato di guarigione pella retrazione cicatrisiale in seguito ad inflammazione suppurativa con apertura e synotamento spontaneo della medesima. Ma non è su queste rare evenienze che il chirurgo oggi fa assegnamento, come non riposa tranquillamente sulle poche osservazioni di spina bifida tollerate senza gravi disturbi e perfettamente compatibile con la vita.

I gravi pericoli cui vanno incontro quelli che son affetti da detta infermità, che spesso diviene incompatibile con l'esistenza, pel rapido aumento del tumore e per l'intervenire di numerose e facili complicanse, trassero i chirurghi ad escogitare processi nuovi alla sua cura.

Nell'epoca pre-antisettica la complicanza fatale della suppurazione in ogni atto operativo, rendendosi causa nella chirurgia spinale di accidenti | rita rimasta, con sutura , apparve anche prima

più letali per lor medesimi della malattia stessa. astenne dall'intervenire direttamente anche i più animosi.

Si presentarono e si vantarono per buoni, vari processi di cura poco o meno lesivi, ma non sempre innocenti, che per la loro stessa varietà danno indizio del più assicuramento che si può fare dei medesimi. Così ricordiamo la compressione, il setone, la puntura, la puntura e compressione, la puntura seguita da iniezione, le iniezioni iodiche e le iodo-glicerinate, i clamps, la legatura elastica, ecc., metodi tutti da rigettarsi in massima dalla sana logica che deve presiedere a guida e ragione di un metodo curativo. La compressione può vantare d'aver guarito qualche raro caso guaribile spontaneamente: del setone non si devono che ricordare le sue gravi complicanze settiche; la puntura fatta asetticamente nell'ordine naturale delle cose lascerà tutt'al più il tempo che trova quando non abbia a far delle vittime per infesioni.

Si vantano in molti casi delle guarigioni con la cura delle iniezioni e questo rimane nel vero: ma se si tien conto che spesse volte la morte fu la conseguenza diretta dell'atto curativo, se si tien conto che spesso una spina bifida può contenere nella sua cavità o delle branche nervose importanti o il midollo stesso, oppure che dal largo forame di comunicazione il liquido iniettato può portarsi ove non si desidererebbe e produrre delle deplovabili conseguenze, ne segue che le iniezioni potranno appena adoperarsi in quei casi in cui la spina bifida non contenga midolla e rami nervosi e l'apertura vertebrale sia assai piccola o meglio obliterata: diagnosi questa il più delle volte assai difficile di poter precisare esattamente.

Quindi il solo dubbio di una diagnosi precisa. una depressione della sacca per la eventuale aderenza del midollo alla medesima, il non riscontrare uniformemente trasparente il tumore, un largo forame d'entrata, la facile riducibilità relativa del liquido contenuto, l'insorgere di accidenti nervosi sotto la compressione, giustificano oggi solo un intervento diretto a cielo scoperto. E non parliamo dei clamps, delle legature elastiche, ecc., metodi che oltre a presentare inconvenienti assai gravi in caso di contenuto di parti nervose nel produrre la gangrena, vanno incontro a tutti gli esiti lenti della medesima e alle sue facili e letali complicanse.

L'estirpasione del sacco e la riunione della fe-

dall'epoca nostra mesodo di sura migliore e più

Dubourg, Newbiging, Tavignot, Bōhmer, citano dei casi operati e alcuni con successo, ma rimanevano casi isolati in cui si poteva ammirare la fortuna di un ardito operatore piuttosto che un metedo operativo raccomandabile. Ma dopo l'introduzione nella chirurgia della pratica antisettica, quantunque la chirurgia spinale non abbia sempre seguito l' ardito alancio delle più ardne operazioni del cramio, del collo e dell'addeme, tuttavia nella cura della spina bifida venne a subire una radicale evolusione. La statistica delle estirpazioni nei casidi Gescheil, Whitehead, Sinclair. · Mildebrand, Ewans, Hurd, Ullmann, . Rayer, Koenig, ecc., ha dato ragione al metodo e segnato alla terapia chiruggica un' altra songnista.

In tempi più recenti si è tentato di più: May c-R o b s on e l' H a y s s tentazono la chiasura della fessura mertabrale con l'osteo-plastia, trapiantando sulla superficie delle meningi suturate, dei pessetti di periostio di coniglio.

Dollinger invece, dopo la legatura delmacco, escise i rudimenti di arco vertebrale dell'apertura e li suturò nella linea mediana con perfetto successo. Se nen ko cita un altre caso operato con questo principio perfettamente riuscito, ed oggi la latteratura chirurgica di altri si accrebbe.

Ho operato il mio caso seguendo il principio del Dollinger: descriverò brevemente il caso perchè interessante/per la grandessa del tumore e la perfetta riuscita del metodo osteo-plastico che nai casi ove-wia indicato sarà altamente raccomandabile, perchè tende a riccottituire le parti uella loro normale estruttura fisiologica.

Canigia Carlo, d'anni 20, contadino di Mombisaggio. Entra nel reparto chirargico il 9 aprile 1896.

Ereditaristà negativa. Nato con spina bifida alla regione sacro-imbare, marra che i suoi affermano che egli fu sottoposto neonato e bambino a lunga cura di sompressione sanza algan esito soddisfacente. Ricerda di aver incominciato a camminare assai tardi, di un incomo però sompre difficile e stentato.

All'età di 6.7 anni fu sottopesto alla oura dello svuotamento e compassione del tumore sanna esito. Anni questo andò sempra più aumentando con suggiori disturbi nella desembalesione. Fu sottoposto nell'aspedale ad un tentativo di iniccioni iodiche, con una piuttosto lunga degenza: ne uscì col tumore diminusto, ma cogli stessi disturbi.

Trascorse poi gli ultimi anni senza fare alcun altro tentativo di cura. Non ebbe mai analattie di speciale importanza e crebbe raggiungendo uno sviluppo organico abbastauza sufficiente.

Oggi ricorre all'ospedate per essere liberato del suo tumore che da un paio d'anni cresce sempre più, rendendolo di una deformità ridicola ed incapace anche al lavoro un pò faticoso della campagna.

All'esame fisico si presenta un individuo di sviluppo generale un po deficiente: di statura bassa, piuttosto magro, con peli della faccia appena nascenti, non addimostra la sua età. Colpisce, anche vestito, per una sporganza deforme la sopra delle natiche e per l'incesso lanto, stantato, paratico-spastico, che a detta del passiente da qualche tempo va asmentando.

Regelare lo sviuppo del cranio, seuse inforsementi nella regione delle fontanelle; resto dello scheletro, ad soccaione dell'estremité della colonna vertebrale, a sviluppo regolare. Organi genitali normalmente conformati; regolari le tunzioni della vescina e del retto. Negativo l'essue degli organi esvitarii.

Hosteriormente, sulla molonna vertebrale, sull'estremo della regione lombare e sul turco superiore della sacrale, si presenta un grosso tumore ricoperto dai comuni tegumenti segnati in alcuni punti da vecchie cicatrici irregolari di cui la maggiore sul colmo dell'estensione di un soldo. E' a forma irregolarmente aferica, della grandassa di una testa di bambino, che con breve e largo peduncolo si pianta all'estremità della colonna vertebrale. Nalla posizione dell'individuo eretta, il tumore si mantiene nella sua direzione sensa pendere in basso. Circonferenza alla base d'impianto cm. 18; massima circonferenza del tumore cm. 47.

Guardato contro la viva luce si presenta irregolarmente trasparente; è di pastosità uniforme, teso, elastico e fluttuante e si percepisca il colpo dell'onda sulla parete opposta; con la compressione non si desta dolore, nè disturbo di sorta, quantunque diminuisca leggermente di volume. Con la palpasione profonda, alla base d'unpianto si segue lo spigolo della larga apertura osses-

Si fa diagnosi di meningocele lombo-secrale, sensa escludere, data la regione dei tumore e la sua larga base, la presensa anche di importanti cordoni nervosi.

12:sprile 1896.—Preparato con le solite regole il paziente, con profonda anestesia eloroformica, in posizione bocconi e a bacino molto rialzato dal piano della testa, con doppio taglio allittico incido il tumore, isolandone la sacca ancora intatta dal lembo cutaneo sin presso alla base.

Pratico allora lentamente lo svuotamento del liquido limpido, giallo-citrino. Segue cauta ed ampia spaccatura del meningocele: la sua cavità comunica largamente per un forame largo circa un centimetro e messo ed alto due, con la cavità spinale, dalla quale seco le rientra il liquido cefalo rachidiano a seconda del movimento respiratonio del pasiente.

Fueriescono dall'apertura vertebrale anche sottiliacordoni nervosi. Pratico con un spiccolo saffo la temporanea chiusura dell'apertura, isolo il sacco sin entro allo speco, segue sutura e affondamento del moncone del medegimo dopo aver escisso la porsione esuberante ed i ramoscelli nervosi solivello dell'apertura osses. Quindi sino el disopra e al disotto tiella medesima, distacco all'ingiro le inserzieni dei muscoli sacro. lombari, mettendo a nudo lo strato osseo, e tenute le divarioate con uncini, preparo 2 lembi osteo:peziostei laterali, che arrovescio e suturo nella linea mediana; al disopra sutura della recentasione mascolare e della cute, preparata per ottenere una esatta plastica a forma di 2 lembi triangolari a base esterna, il sinistro superiore, inferiore il destro.

Decorso successivo normale, avuto riguardo a salvare i lembi dalla compressione, mantenendo il paziente in posizione laterale o becconi.

Si alza perfettamente guarito in decima giornata, la regione operata presentandosi uniformemente resistente. L'incesso, benchè assai migliorato, si mantiene assora stentato. In dodicesima giornata esce dall'ospedale.

Non rivedo il pasiente che dopo dieci mesi; la parte operata si presenta ceme di norma leggermente infossata, e alla pressione si avverte una vera resistenza ossea. Cammina bene, è scompanza quella forma prima esistente in modo si spiccato di incesso paretico-spastico e non rimane che una leggera duressa nei movimenti che a detta del pasiente va sempre diminuando. Da qualche mese si dedica anche ai lavori più faticosi della campagna.

RIVISTA DI CLINICA

Clinica medica dell' ospedale S. Antonio in Parigi (prof. Hayem).

Un case di anomia cancerigna

L'anemia, della quale oggi vi presento un bello esempio, appartiene al gruppo delle anemie sintomatiche, e riconosce come causa una malattia organica latente, che io mi sforserò di precisare mettendo a profitto alcuni dati clinici tenuti troppo in non cale dai clinici. L'ematologia e l'analisi del succo gastrico mi permettono di rendere certa una diagnosi considerata difficile e di stabilire la natura e la sede d', un'affesione pretesa latente.

Si tratta di un individuo di 59 anni, tipografo, il quale fin dall' età di 7 anni ha maneggiato preparati di piombo ed in grande abbondanza.

Egli ha sofferto molte coliche saturnine, però dal 1890 ad oggi sono state frequentissime.

A 17 anni egli fu colpito da catarro drenchiale e pleurite. Nel 1892 ebbe il colera in seguite al quale rimase debole, anemico, malgrado una convalescensa di 8 mesi; nel 1894 ebbe l'influensa; nel 1895 fu considerato tisico e fu curato col creosoto.

E' un uomo di alta statura, per lo addictro robustissimo, attualmente pallido, magro, debois; le masse muscolari atrofiche, le mucose scolorate; accusa vertigini, ronzii, tendenza notevole alle sincopi, al punto che in sala gli si fa respirare etere ed ossigeno. La sua debolezza è tale che egli è obbligato a stage a letto per non cadere.

Il polso è il tipo del pulsus celer.

L'itto cardiaco si esplica dietro la 5ª costola con urto assai forte. All'ascoitazione, alla punta si avvezte un soffio siatolico, dolce, che aumenta d'intensità verso la base; il secondo tono è accentuato. L'esame del petto lascia notare un certo grado di respirazione rude agli apici, senza gantoli od ipofonesi.

Al suo ingresso in ospedale l'infermo emetteva 8500 cc. di urina pro die, con 44 gr. di urea ed era obbligato a scendere 10-12 volte alla notte. Attualmente, sottoposto a regime latteo, le urine sono ancora chiare ed abbondanti, ma non oltrepassano i due litri; vi si trovano 28 gr. di urea, 9 di cloruri, 1₁2 d'acido urico, 2,62 di fosfati; acidità normale.

L'esame del fondo dell'appahio ha dimostrato una anemia retinica molto accentuata, isenza emorragie o disturbi papillari; lieve tumefazione delle palpebre, non edema alle gambe. Ü

'n

Lingua saburrale; sulle gengive si nota la stria caratteristica del saturnismo.

Fin da quando l'infermo soffri d'influenza (1894) i disturbi digestivi non lo abbandonarono; non già che vi fosse stato vomito o melena, ma l'appetito era scemato e l'infermo aveva avversione alla carne.

Da quest' epoca l' infermo prova un dolore vivissimo e continuo alla regione epigastrica; egli ha costipazione e la defecazione riesce dolorosiesima. L'esame diretto dello stomaco non può dare particolari precisi. Il fegato non oltrepassa l'arcata costale, l'ottueltà spienica è appena apprezzabile. Non v' ha ascite. Da pertutto l'addome è soffice, tranne nella zona sopra-ombelicale, ove si nota un lieve grado di resistenza. Sistema ghiandolare apparentemente seno.

In somma ci troviamo in presenza di un individuo adulto, profondamente ansmico e cachettico. Quale è la causa di questa estrema pallidezza? Forse il saturnismo?

Non v'ha dubbio che l'infermo è un saturnino avanzato; esposto sin dell'infansia all'avvelenamento da piombo, egli ha sofferto numerose coliche a presenta in oggi segni certi di una lieve neirite interstiziale, associati a quelli, più evidenti, di ateromasia e di sortite cronica-Ma la sua anemia non è in rapporto con queste lezioni materiali; essa è aproporzionata all'intossicazione.

Certo il saturnismo è una causa attivissima di degiobulizzazione, ma è rarissimo che provochi una auemia estrema; al più al più si arriva al 20-80 grado: dippiù nel nostro caso l' intossicasione da piombo non è grave, non si sono mai avute concomitanze o postumi paralitici o encefalopatici. Qui l'anemia è estrema; l'esame del sangue lo dimostra all'evidenza; esso non ha i caratteri dell'anemia saturnina. A causa dell'alto grado di aglobulia e del suo decorso progressivo (con una perdita di 8 milioni in una settimana), è naturale domandarsi se non si tratti di anemia grave progressiva.

Le condizioni eticlogiche che abbiamo potuto rilevare, non possono servire di argomento postivo. Questa specie di anemia, che spesso non presenta alcuna causa evidente, può benissimo, ed a più forte ragiona, evolversi su d'un terreno già preparato.

Nalla, adunque, a priori, può allontanare tale ipotesi. In favore di essa militano: l'assenza di ogni causa apparente di anemia, i disturbi dispeptici, l'assenza di edemi, la tendenza alle

sincopi, l'anemia di 4º grado, l'evolusione progressiva, la presensa di globuli rossi nucleati.

Però tutti questi caratteri non sono sufficienti e patognomonici; essi possono aversi nell'anemia sintomatica. Eppoi tutti gli altri caratteri aliontanano l'idea di un' anemia perniciosa progressiva protopatica, cioè: il predominio di giobuli piccoli e scolorati, la debole quantità di emoglobina, la scarsa diminusione di ematoblasti; la retrattilità del coagulo; l'assenza di lesioni del fondo dell'occhio.

Quindi bisogna sercare altrove.

Ora, all' età dell'infermo, a 65 anni, le anemie sintomatiche sono molto più frequenti che non le essenziali e la più frequente è l'anemia cancerigua.

L'infermo, direte voi, non ha l'aspetto di un canceroso; ebbene il colorito paglierino può mancare. L'urea, soggiungerate, è troppa perchà possa trattarsi di cancro; anche questo non esclude l'idea di un carcinoma.

Tutti questi segni negativi sono insufficienti a fare scartare l'idea di un neoplasma.

D'altronde i disturbi digestivi di cui soffre quest'infermo da lungo tempo, deveno isrmare la nestra attenzione. Io vi concedo che siene poto accentuati, ma essi sono duraturi e progressivi; eppoi lo stato del sangue corrisponde benissimo a quel che si osserva nell'anemia cancerigua. Citre dell'aglobulia crescente, esiste una leucociteti incontestabile che è accusata da 15,500 giobali bianchi al primo esame e 17,650 al secondo.

Questo segno, sul quale io altre volte ho richiamato l'attensione, ha un valore diagnostico di primo ordine, oltre le flegmasie e la suppurationa.

Malgrado tutto, malgrado l'anoressia, il disgusto pronunciato per la carne, la resistenza all'epigastrio, voi potreste forse esitare sulla presenza e sulla sede della neoplasia, se lo (per convincervi) non vi dessi la prova evidente, l'analisi del succo gastrico. A diginno, la mattina, lo ho rimvato dallo stomaco 10 cc. di un liquido a caratteri particolari. In esso si trovavano in sospensione una moltitudine di piccoli granuli neri come posa di cassi; or bene questi granuli sono unicamente l'effetto di emorragie capillari. Ciò è interessantissimo a constatarsi, tanto più che non si ebbe mai melena.

Essendo l'infermo cadute in une state siacopale al momento dell'introdusione della sonda gastrica, non fu possibile fare l'analisi del cucco gastrica.

Ed ora è facile formulare la diagnosi; neo pia-

sma dello stomaco in un saturnino cronico; anemia cachettica intensa e progressiva in seguito ad emorragie capillari alla superficie della mucosa gastrica. La diagnosi difficile in somma, è stata relevata dall'esame del sangue e stabilita incontestabilmente dall'esame del liquido ricavato dallo stomaco a digiuno; questi due messi hanno permesso di rendere manifesto un preteso cancro latente. Essi devono essere sempre escogitati quando mancano tutti gli altri segni clinici sui quali ci fondiamo per date diagnosi.

L'infermo, dopo una lieve miglioria, è andato poi sempre gradatamente deteriorando ed il 27 luglio mori dopo un'abbondante ematemesi.

Il 24 aprile si constatarono nel suo sangue abbondantissimi pseudo-parasiti; gli ematoblasti erano scarsissimi. All' autopsia si notò: ateromasia aortica ed arterio-scierosi generalizzata; enfise ra polmonare; perisplenite fibrosa; rene e fegato sani; aderense della superficie dello stomaco alla faccia inferiore del fegato; infiltramento neoplastico del piccolo e piploon. Cancro dello stomaco (della piccola curvatura) con bottoni salienti e sanguinanti alla superficie interna della mucosa. L' infiltramento neoplastico è di consistensa fibro-cartilagines (La Medecine modèrne, 18 marzo 1897).

Macciarone

RASSEGNA DELLA STAMPA

PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

La siere-diagnestien del tife. Bendet in una piccola epidemia di tife in Lione, ha voluto studiare l'applicazione della siere-diagnostica. L'autore si è servito del processo Widal, il quale consiste: 1º nel mettere in un tubo di diametri stretti, 10 gocce di cultura pura e recentementa preparata di bacilli di Eberth, 2º nel pulire bene con etere il dito dal quale si vuole ricavare il sangue; 8º pungere il dito ed aspirare con una pipetta sterilissata una o due gocce di sangue; 4º mettere una goccia di sangue alla superficie della cultura; 5º esame microscopico.

Questo processo, applicato in 85 infermi, diede 20 risultati positivi, 14 negativi, 1 dubbio.

In quest'ultimo caso si trattava di un giovane di 28 anni, ammalato da 8 mesi, accolto in clinica il 8 decembre 1896, in uno stato di cachessia grave, con numerose petecchie disseminate per tutta la persona. L'infermo si lagnava sopratutto di dolori artritici che aumentavano col movimento; in certi momenti v'era un po' di subdelirio; nulla ai polmoni, non ipertormia. Battiti

cardiaci irregolari, soffio sistolico alla punta ed un altro alla base, a livello dell'orificio aortico, propagantesi alle carotidi e dietro lo sterno. Milsa dolente, ipertrofica; albuminuria lieve. Era stata fatta diagnosi di endocardite infettiva.

Il sangue di questo indiviluo, sottoposto alla siero-reazione, diede una volta reasione positiva, un'altra negativa, ed un'altra dubbia. All'autopsia si conetatò una endocardite vegetante, sensa traccia di tifo, numerosi infarti ed un ascesso eplenico. Il pus splenico conteneva il coli-bacillo. Quiadi era vero che non si trattava di infesione eberthiana e la dubbiessa della reasione si spiega.

Quanto ai 14 risultati negativi, essi quasi tutti furono osservati in individui affetti da malattie infettive febbrili, nei quali si sapeva già da prima che tale risultato doveva ottenersi. Le reasioni furono fatte per controprova e per vedere se mai per caso si avesse qualche reasione positiva.

L'autore da fatti personali deduce, che quando per l'alta piressia e per scarsessa di sintomi ben determinati si fa diagnosi di tifo e poi la siere-ressione riesce negativa, questo processo ha altissima importansa, perchè porta l'oculatessa del clinico in altre regioni che possono essere affette da tutt'altro morbo, facendo scartare completamente la diagnosi di infosione eberthiaua. Riporta fra l'altro, un caso in cui prima si credette al tifo, mentre poi con la siero-diagnosi negativa, con una nuova osservazione dell'informo e con l'autopsia, si constatò trattarsi di miliare acuta generalizzata.

E d'altra parte riferisce l'istoria di un infermo in cui il processo tifoso si evolvette molto subdolamente e la siero-diagnostica sola rivelè l'infesione bacillare.

Intanto si ebbero perforasioni intestinali e lo ammalato mori!

All'autopsia si rinvennero numerosissime ulcerazioni, fra le quali una perforante, che evidentemente fu causa della peritonite nefasta.

L'autore, basandosi sul decorso atipico mostrato da questo ultimo caso (al principio un po' di cefalalgia, due giorni di diarrea dopo la somministrazione di un purgante, aucressia, sete, e poi più nu'la, fino a che non si determinò la peritonite) evidentemente diverso da quello presentato dal tifo tipico e dal tifo così detto apirettico (in cui solo la febbre manna, ma tutti gli altri sintomi del tifo esistono) dice che il caso può fare stabilire una nuova varietà di tifo detto « forma frustra ».

Egli richiama l'attensione del clinici su tale fatto e dice che la siero-diagnostica ha il massimo valore quando si tratti di forme così atipiche (Lyon mèdical, 14 febbraio 1897).

Hacciarons

Pellencefalemicita ed essurimente muscelare (miastania) O. Kalischer riferiece un caso di policnoe-falemicitte o malattia di Erb. Si trattava di un uomo di 50 anni, disegnatore. Nell'aprile del 1898, mentre disegnava, avverti a quanto pare repentimamente, che egli non vedeva più bene come prima e talvolta vedeva doppic. Poco dopo, la palpebra superiere dell'oschio sinistro cominciò a pendere, giù e l'infermo non poteva più tenere ritta la testa. Si aggiunae senso di debolezza nei movimenti di masticare, inghiottire, parlare. Non esistevano fenomeni generali (febbre, vertigine, vomito, dolori, ecc.).

Una volta, nell'inghiot ire, poco manco non affogasse, e dovette limitarai all'alimentazione liquida, la quale però rifluiva facilmente per il maso. Inoltre esisteva perdita del gusto nella metà anteriore della lingua, tachicardia. Maneavano disordini obiettivi di sensibilità. In questo stato i'infermo durò fino al Natale del 1894, cioè circa 8-9 mesi; ,poi si verificò gradatamente un miglieramento, tanto che nel febbraio del 1895 l'infermo, perfettamente guarito, potè ripigliare le sue occupazioni.

Stette perfettamente bene fino al maggio dello stesso anno, casia per 3-4 mesi. Poi ricomparve a poso a poso il quadro clinico di prima, il quale è perdurato fiao ad ora. Si manifestò un'altra volta dipiopia, debolessa alia nuca, debolessa nei movimenti della masticazione, della deglutizione, della lingua, delle labbra; modificazione della parola. Nell'agosto si verificò debolessa e facile esaurimento nelle braccia e nelle mani ed in grado più laggero anche nelle gambe. Nel 1895 all'esame coniare si trovò paresi bilaterale dell'oculo-motore ed integro il fondo dell'occhio.

Nell' ottobre del 1895 l'ammalato venne sotto l'osservazione dell'autore. La psiche era perfettamente normale e mancava qualsiasi fenomeno generale da parte del cerveilo, come oppressione, vertigine, cefales, vomito, eco. Gli organi interni erane sani. Lo stato nutritivo era alquanto deficiente per la difficoltata alimentazione. Esisteva paosi e debolezza dell'abducente di sinistra. Le pupille erano egnali, di media grandezza, reagivano hane alla luce ed all'accomodazione. Non c'era diplopia, nè il tenomeno dell'esaurimento nei movimenti di accomodazione. La forza visiva in entrambi i lati-bib. Normale il fondo dell'occhio. Nel riposo e durante il parlare, la piega naso-labiale sinistra era meno spiceata della destra, mentre nei movimenti attivi, la destra era meno profonda della sinistra. Nel movimenti dei muscoli frontali, le pieghe si designavano meglio a sinistra che a destra. Il movimento di chineura delle palpabro era debola in entrambi i lati, ma a destra più che a sinistra,

La gote simanevano flosce nei movimenti di

gonfiare; la susione, il movimento di mostrare i denti, di appuntire le labbra venivano eseguiti sensa energia. Era impossibile all'informo fischiare e fumare. Nel mangiage all'ammalato riusciva assai difficile lo spingere con le guance il boocone nel punto opportuno. Non c'era un'evidente atrofia dei muscoli dei volto. Il riflerno facciale e la eccitabilità meccanica dei muscoli del volto erano indeboliti, lo sinistra più che a destra. I mewimenti della lingua erano facili in tutti i sensi, ma privi di energia. Non c'era atrofia della lingua nè del muscoli della masticazione. Abolito il riflesso del masocilare inferiore. Sansibilità generali e spucifiche conservate bene. I movimenti del velopezziolo erano in entrambi i lati tardi e debeli; la metà destra si moveva meglio della sinistra e ciel parlare, l'ugula deviava alquanto a destra, mentre in riposo stava nella linea mediana. Il rificaco del velopendolo era abolito in entrambi i lati. La parola era poso intelligibile e di timbro pasale; se l' infermo parlava a lungo, la parola diveniva sempre meno intelligibile ed anche rauca. Nel ripetere una parola difficile egli si stancava facilmente. Nel leggere ad alta voce, depo-puco tempo si esanrivano i muscoli degli occhi, della nuca e della fonasione.

I muscoli del collo, delle scapole, dei trosco, delle drascia, non presentarano nella di particolare, eccettoshè uno stato di fiaccidità ed il facile scanrimento nei movimenti. La forza muscolare delle braccia era recevolmente diminutta. Impossibile era per l'infermo apopara di piano, mentre prima momera per une finere. In tutte e due le mani esisteva contrattura dell'aponevrosi palmare e specialmente era ispessito di tendine dell'indice. Queste modificazioni esistevano da un anno a destina, da 6 mesì a sipieta.

I muscoli degli arti inferiori erano flaccidi e facilmente asauribili, ma non in grado così elevato come i muscoli delle mascalle, della faringe, degli occhi, ecc. Non esistevano neppure qui disordini trofici, nè disordini sensitivi, nè spasmi, nè atassie, ecc. I rificsal cutanei erano conservati, i tendinei alquanto indeboli i più a sinistra che a destra. Stando in piedi ad occhi chiusi l'inferma oscillava; il cammino era oscillante ad incerto. Asseriva di potere ancera passaggiare per un'ora sensa etancarsi.

Nessun disordine da parte della vescion e del retto; indebolimento della funzione genitale.

L'esame elettrico dei nervi e dei muscoli, non fece notare anomalie rilevanti, ad eccesione di una certa diminuzione quantitativa dell'eccitabilità di qualche muscolo. Con una stimolazione faradica tetanizzante, si otteneva la reazione misstaniza del Jolly, ma non così facilmente e zapidamente come nei casi descritti da questo autore. Contrariamente ai casi di Jolly e conformemante; al caso

di Murri l'eccitabilità del muscolo da parte della volontà, e della corrente galvanica, si conservava ancora bene, allorchè l'eccitazione faradica tetanizzante aveva perduto ogni azione ed aveva prodotto l'esaurimento del muscolo. Viceversa, stancato il muscolo con ripetuti movimenti volontarii, la corrente faradica tetanizzante, come qualsiasi altro stimolo elettrico aveva per effetto una reazione pronta ed energica. L'esauribilità dei muscoli era seltanto relativa, in modo che un altro stimolo era capace di risvegliare l'energia datente del muscolo, quando questo non rispondeva più al primo stimolo (Murri).

Il quadro morboso ora descritto, maigrado qualche oscillazione, non variò gran fatto nelle 6-8 settimane durante le quali l'infermo fu in osservazione (Zeitschrift für klinische Medicia, Bl. 81, H. 1 u. 2, 1897).

De Gracia

RIMEDII NUOVI

L' alourouate la chirurgia

L'aleuronato, che come è noto è un'albumina vegetale adoperata per la fabbricazione di un pane ad uso dei diabetici, è stato nou ha guari usato dal Sey de l per ottenere l'agglutinazione delle parti del corpo divise da soluzioni di continuo e la cicatrizzazione dei tessuti circostanti, basandosi sull'azione chemiotassica delle caseine vegetali sui leucociti, studiata dal Buchner.

Un' emulsione sterilizzata di alcuronato è stata quindi adoperata con ottimo risultato per ottenere l'aderensa nell'idrocele dopo eseguita la puntura e il vuotamento del liquido. Il risultato ottenuto incoraggia a sperimentare l'alcuronato in casi in cui occorre ottenere solide aderense fra tessuto e tessuto.

Bijodate di chinina

E' questa una nuova preparazione del Merck, la quale si presenta sotto forma di una polyere bianca, molto solubile nell'acqua e che vale a sostituire il jodato di chinina prima messo in commercio dallo stesso Merck, che per la poca solubilità non poteva adoperarsi per l'uso ipodermico.

Formilpiperidina (O⁸ H¹o, NCHO)

Questo composto si ottiene per distillazione dell'acido piperidil-carbamico (O. Wallach), oppure scaliando la formamide con la piperidina, come pure si forma dalla piperidina con cloroformio e idrato potassico (Ahrens).

Loth prepara scaldando in autoclave e alla temperatura del b. m., pesi equimolecolari di cloralio e piperidina.

La formilpiperidina è un liquido incoloro, di odore gradevole, che bolle a 520°-222°, ed è solubile nell'acqua e nell'alcool. Sciolto nell'etere e trattato con gas eloridrico secon formisce il cloridrato (O' Heo N.CHO. HCl) in piccoli aghi, il cui cloroplatinato fonde a 170°-171°.

· Sanguluale

Fu dato questo nome ad una miscela di:
Emoglobina 10
Sali naturali del sangue 46
Albumina muscolare peptonizzata (?) 44

Si usa in forma di pillole, nella clorosi e anemis, quando specialmente gueste malattie sono in relazione con la neurastenia.

Acido metilendigallico e biomale

Trattando Petido gallico con Paldelle formica, si vesticue secondo Caro un acido metilendigallico Cas Hes. O.º.

Da questo acido, Merck ha preparato un composto di bismato, che denominò bismale e pare abbia la composizione 4 C¹⁵ H¹⁵ O¹⁰. Bi (OH⁵).

Il bismals è una polvere turchiniccia e grigiastra, solubile negli alcali con color rosso e riprecipitabile cogli acidi dalle solusioni alcaline.

Pare molto utile nelle diarree ribelli. Desi 0,01 a 0,80 8 a 5 volte al giorno.

Nesofene.

Secondo Seifert e Knoll limita la secresione ed è un buon antisettien, conveniente per la pratica otologica e rinologica.

Ajedina.

Le sostanze jodate della tiroide, combinate alle proteine, vengono in parte già disciolte dall' acqua, ma completamente sottratte all' organo mediante estrazioni ripetute con soluzione di cloruro di solio 7º [60] debolmente alcalina. La casa Heffmann, Traub e Co. separa da questo succo la sostanza attiva in forma secca, secondo un processo patentato e mette in commercio questo prodotto sotto il nome di Ajodina.

Esso contiene le sostanze attive della tiroide, specialmente quelle contenenti jodio, combinate
alle proteine libere da prodotti di decomposizione
e senza altre aggiunte, come succhero di latte,
ecc. Secondo S c h a e r g e s è una polvere inselubile nell'acqua. Dà una colorazione rosa con 1-2
gocce di liscivia di potassa, e gelatinifica con acido acetico.

Il contenuto in jodio è di 0,40 ce rrispondente ad I gr. di sjedina e 10 gr. di tiroide fresca.

Antibatterine.

E' un nuovo medicamento contro le malattie infettive, specialmente contro la tubercolosi, proposto dal dott. E. Wachter. E' un composto orto-borc-etilico ferruginoso, che deve essere usato per inelazione; i vapori giungono facilmente fino nel polmoni. E' un liquido giallo-verde, non venefico. Si deve cominciare da 10 inspirazioni giornaliere e crescere fino a 120.

Busiapole etilonete.

Cristalli gialli, insolubili nell'acqua. Agisce nella tisi come il guaiscolo, ma è privo di odore e viene meglio sopportato del carbonato di guaiacolo. Dosi secondo O e f e l e 0,5-1 gr., due volte al giorno,

NOTE DI PRATICA CHIRURGICA

Sali'apparocalis per disinfezione ed emectacia cel vapore d'acqua sette prescione

del dottor Marrino Giancona

Il dott, Matteo Giancola di Piancastagnejo (Siena) ha preșentato al Ministero della guerra un « apparecchio portatile per rendere asettiche le operazioni e le medicature in campagna ».

Questo appareschio è complessivamente alto m. 0,50.

E' composto da un cilindro di rame stagnato, avente un diametro di m. 0,22. Superiormente, ha il coperchio fissato con viti a farfalia, prementi contro il bordo del cilindro o caldais.

Nella parte inferiore vi è il focolare, largo m. 0,14 ed alto 0,10, con relativo cinerario.

L'acqua s' introduce dalla parte superiore e riempie la caldaia, per una altessa di circa m. 0,15; la parte che resta dell'apparecchio in m. O, 22 sarebbe la camera di vapore.

Internamente si introducono due diaframmi bucherellati, aventi in giro rispettivamente due rialsi sostenuti da due bordi laterali,

Il primo di questi due disframmi è immerso nel liquido, ed è distante dall'alto m. 0.08.

Sal primo diaframma si mette una cassetta ove sono disposti i ferri chirurgici da aterilizzare; nel secondo si dispongono gli oggetti da medica-

Dovendo la piccola caldaia sopportare la pressione di due atmorfere, è munita di manometro e di valvula di sicuressa.

Verso la metà della parete laterale della caldaia vi sono due fori, che immettono in due rubinetti Quando l'apparecchio è in pressione, dal rabinetto più alto esce vapore d'acqua, dal più quell'ambiente tiepido ed asettico, che è si gran

basso esce sequa calda. Un tubo di gomma conduce il vapore dove ha da essere usato.

Secondo l'autore l'apparecchio è destinato ai medici condotti.

Etco come funciona:

Si toglie il coperchio e si cava il doppio piano bucherellato : si mette nella caldaia una conveniente quantità di acqua. Bi pongono gli strumenti da sterilizzare in una scatola metallica e la scatola si introduce nella caldais, poggiandola sul tramegeo bucherellato inferiore.

Sal tramesso bucherellato superiore si colloca il materiale da medicatura: garza, cotone, fa-800, 800.

Si chiude il coperchio e si accende il fuoco servendosi di qualunque combustibile, con l'ayvertensa di scaricare l'aria dall'apparecchio.

In un quarto d'ora circa il manometro segna la pressione di una atmosfera e dopo pochi minuti il materiale da medicatura è sterile, segnando .l manometro due atmosfere.

L'apparecchio qui descritto, è un comune generatore di vapore, che l'autore ha cercato di accomodare, perché soddiefi a svariate esigenze pratiche,

Con esso si ottiens veramente la sterilizzazione degli istrumenti e del materiale da medicatura, ma le dimensioni piocole del congegno impediscono di poter agire sopra quantità rilevanti di gara, e cotone e sopra i grandi istrumenti chirurgici di prima necessità. Con qualche modificazione però, questo inconveniente si potrebbe evitare e allora l'apparecchio potrebbe sesere anche più wantaggioso per il medico condotto, sui è destinato,

Nella chirurgia di guerra, non potrebbe egualmente trovare impiego, perché questa richiede la sterilizzazione di grandi quantità di materiale da medicatura, in breve spazio di tempo. Inoltre, in guerra, si preferisce usare un materiale asciutto, con alto potere assorbente e l'apparecchio di cui qui è parola dà un materiale umido.

Perchè potesse fornire materiale asciutto biso. gnerebbe modificarlo radicalmente, e allora non soddisferebbe più ad altri suoi compiti, che pure hanno grande importanza pratica.

Il dott. Giancola, sperimentando sui cani col suo apparecchio, vide che si poteva usare non solo come eterilizzatore, ma che il vapore d'acqua uscente da esso poteva utilizzarsi come emostatico nelle emorragie a nappo e dei piocoli vasi, come detersivo delle ferite e delle piaghe e come caustice.

Osservò inoltre che l'uso del vanore permettera di compiere gravi operazioni sulla milsa, sul fegato e sul cervello, quasi sensa emorragia e che nelle gravi operazioni della cavità addominale, si provvedeva mediante il getto di vapore a creare

parte della riuscita delle medesime e che manca quasi sempre quando si opera in case rustiche o in aperta campagua.

Il dott. Giancola ha ripetuto, all'ospedale militare del Celio, i suoi esperimenti, ed ecco quanto in proposito ne scrive, come conclusione, il dott. Mendini nel Giornale Med. del Regio Escreito (febbraio 1897) dopo aver riportato gli esperimenti fatti in sua presenza dal Giancola sugli animali:

L'applicazione del calorico in chirurgia rimenta alla più remota antichità. Quod ignis non sanati, insunabile vero » è un aforisma di I p pocerate. Allora si applicava il ferro rovente: oggi il fucco, ha meno estese applicazioni, ma si usa ancora molto, con la differenza che al ferro incandescente si è sostituito con vantaggio il platino (Paquelin). Il calorico sotto forma di acqua calda a varie temperature è di uso anche comune in chirurgia. Il calorico sotto forma di vapore, come ci ha fatto vedere ed applicare il dottor Giancola, per quanto io ne so, non è ancora entrato nella pratica comune.

Il dottor G i a n c o l a non attribuisce a sé il merito di avere immaginato questo sistema, ma ci dichiara di averlo appreso in qualche rivista medica, siccome usato dall' ostetrico di Mosca prof. S n e g v i r o f f. Egli ha il merito di avervi fermato sopra l'attenzione e di aver trovato il modo di costruire un modello d'apparecchio in mezzo a difficoltà di ogni genere.

In ostetricia il getto di vapore deve essere rimedio sovrano. Forse lo Snegvir off che ne ha patrocinato l'impiego, avrà tentato di sostituirlo alla irrigazione di acqua caldissima nelle metrorragie post partum. In queste, l'apparecchio Giancola modificato può rendere larghi servizi.

Allorché, dopo ii parto, per cause diverse, l'atero non si contrae, avviene una emorragia, che, se non è frenata in tempo, conduce all'esito letale. Il chirurgo in queste contingenze, oltre al massaggio ed alle manovre suggerite dalla scienza fa uso delle irrigazioni di acqua caldissima, bene spesso riscaldata in recipienti di cucina poco adatti, e deve servirsi, in caso di necessità, di irrigatori già usati per altre lavande. Non di rado con questi messi si arriva tardi o si producono infesioni pericolose. Ebbene, un piccolo generatore di vapore che il chirurgo trasporta nella propria vettura, può semplificare tutte le varie operazioni inerenti a questa disgraziata contingenza.

Il chirurgo che vede una donna mancare per emorragia interna e che ha nella camera accanto l'apparecchio a vapore, può attendere all' opera sua con animo assai tranquillo. Egli sa che dispone di un emostatico *inoffensivo*, della maggiore efficacia.

Io sono persuaso, dopo le accennate esperienze, che nessun altro mezzo nè chimico, nè meccanico, nè fisico, ci possa dare la emostasia in casi di ferite del fegato o di altri organi delicati in maniera più efficace e meno pericolosa.

Il platino incadescente produce un'escara: la pinza emostatica offende il tessuto che tocca e quando il tessuto è parenchima epatico, ciò non è indifferente; l'acqua calda, se applicata con zaffi di ovatta o di garza implica il contatto di corpi estranei col tessuto dell'organo; se applicata a zampillo si diffonde troppo.

Il getto di vapore, ha una temperatura, che si regola con la massima facilità solo avvicinando o allontando il beccuccio; la sua asione è molto effinace e, contro ciò che si potrebbe a priori presumere, si localizza anche sopra superficie limitatissime.

Questi vantaggi, che si sono per ora ottenuti sul cane, incoraggiano davvero a rifare le prove ed io faccio voti perchè l'esperimento si ripeta fino a farci acquistare la sicurezza, che di metodo è buono.

Con un apparecchio a vapore, per quanto è sembrato a me, si potrebbero fare anche in aperta campagna, gravi operazioni sui visceri addominali.

Il medico condotto potrà usare un apparecchio G i a n c o l a che costa poco più di cento lire e serve alle più svariate contingense: il chirurgo che opera all'ospedale può usare il somune autoclave C h a m b e r l a n d o un generatore qualsiasi di vapore, purchè sotto pressione (due a:-mosfere).

Perché l'operatore non abbia la mano scottata sarà bone che manovri il rubinetto di ebanite mediante apposita tanaglia di legno, come fa ll Giancola. Questa può essere sostituita da una delle solite pinze che si adoperano nei laboratorii di chimica o da una lunga pinzu emoetatica.

Per avere un'idea approssimativa della temperatura che si applica con questo mezzo, l'operatore farà bene di eseguire delle prove su di sè stesso dirigendo il getto con la mano destra sulla palma sinistra. Dapprima si agisce a distanza e poi si avvicina il getto fino a tolleranza. La temperatura che ha il vapore a due atmosfere quando esce dal tubetto di ebanite, è di circa ottanta centigradi.

Le esercitazioni fatte sul cane, metodicamente e con diligenza, dall'anestesia alla medicatura definitiva, sono di grande ammaestramento al chirurgo, anche quando si tratta di metodi operativi classici: sono poi indispensabili quando si

ŗ

y 1

ť.,

riferiscono a metodé non ancora entrati nel patrimonio dell'arte.

No gli ospedali civili, no gli ospedali militari possono offrire tutti i giorni materiale sufficiento perchò il giovane chirurgo si addestri a provvedere alle più svariate contingenza dell'arte; il supplire a questa deficienza cen la esercitazione chirurgica se corpore vili sed vivo, è una necessità.

NOTIZIE

Bergamo

Il I° corrente, nel vicino passe di Calcinate, iu inaugurato il decimo anno di esercizio nella Locatala canitaria per la cura dei pellagrosi. Ga ammalatt ora in cura sono 89 adulti e 2 fantiulii, e la durata della cura è di quaranta giorni

Lago

Il Consiglio comunale decretò l'eresione del nuevo Ospedale es ponente della cietà.

Messa

In occasions del Congresso internazionale di medicina che deve riunirsi quest'anno in questa città, il prof. Vellarmino we il dottore Tchistovitch stanno componendo un Manuale descrittivo di tutti quanti gli stabilimenti sanitarii di Pietroburgo, compresi quelli fondati dalla Croce Rossa.

Bateum

La Commissione sanitaria incaricata di prendere in questa città i necessarii provvedimenti contro l'invasione della peste, ha deciso di farvi costruire un Ospedale galleggian-e per gli appestati. Sulla frontiera del Caucaco, un cordone militare di circa 95,000 uomini dovrà fare la guardia sul litorale dei mar Nero e sulle frontiere turca e persiana.

La Commissione sanitaria che deve prendere le precausioni contro l'invasione della peste nelle città che sorgono lungo il corso dei Volga, da Nijni-Nowgorod fino ad Astrakhan, e che è diretta e presieduta dal senatore Likhatchew, ai primi d'aprile prossimo partirà da Pietroburgo. In tutte le città assoggettate alla sua sorveglianza la Com-

consiglieri municipali e dei rappresentanti dello somato, per prendere in esame i provvedimenti preventivi che converrà di adottare. Per essere sicuri che tutti i provvedimenti adottati cono sorupolosamente eseguiti, i membri della Commissione

missione convocherà delle adunanze di medici, di

polosamente eseguiti, i membri della Commissione andranno continuamente da una città all'altra, e sorveglieranno in modo affatto speciale non solo

la circolazione delle navi, ma altresi i viaggi fatti da comitive di operai.

Largo mevimento uni personale dei medial provinciali.

Zampa prof. Raffaele, segretario medico al Ministero dell'Interno, nominato medico provinciale di Roma.

Lutrario dott, Alberto, medico provinciale di Pisa, nominato segretario medico al Ministero Jell'Interno.

Balp dott. Stefano, traslocato da Porto Maurisio a Turino.

Pietravalle dott. Michele; da Torino a Caserta. Pagliani dott. Paolo da Caserta a Porto Maurísio.

Modugno dott. Baffaele da Foggia a Girgenti. Bavicini dott. Serafino, da Milano in missione a disposizione del B. Commissario sivile per la Sicilia, resta in attesa di destinazione.

Ambrosi dott. Vittorio da Cuneo a Parma. Mascagni dott. Paolo, da Alessandria ad Arexeo. Thea dott. Ernesto, da Potensa a Cuneo.

Messea dott. Alessandro da Parma ad Alessandria.

Natali dett. Salvatore, da Arezzo a Padova. Fiore dett. Gaetano, da Cosensa a Reggio C:labria.

Campana dott. Igino, da Bari a Milano.

Redattere responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Biforma Medica

CONCORSI E CONDOTTE SANITARIE

Ontinire universitares

Perms. — É aperto il concorso per professore stransdinario alla cattedra di clinica medica e patologia speciale madica veterinaria nella B. Università di Parma, I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Il concorso scade il 15 giugno p. v.

— È aperto il concorso per professore straordinario alla chttedra di patologia generale e anatomia patologica veterinaria nella R. Università di Parma. I concorrenti dovranno sostenere una prova pratica. Auche questo concorso scade il 15 giugno p. v.

Msicao.— Per i farmacisti. — Il Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere, ha bandito il seguente concerso per il premio di fondazione Z a n et ti: «Premio di L. 1000 (mille) a quello tra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque che venga giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Scadenza primo maggio 1899. » Il programma integrale del concerso sarà spedito gratuitamente a chi lo richiederà alla segreteria dell' Istituto stesso in hii-lano, palasso Brera.

Sommano. — 1. Riviste generali. La confusione mentale. - 2. Lezioni originali. Clinica dermosifilopatica di Roma. Prof. Campana. - Rupia e sifiloderma condilomatoso. — Trapiantazioni cutanee. — Eritema polimorfo. - 8. Società scientifiche. - 4. Nostre corrispondense. Clinica chirurgica operativa della R. Università di Palermo, diretta dal prof. I. Tansini.

RIVISTE GENERALI

La confusione mentale

Presa nel suo più largo significato, confusione mentale è una denominazione che si addice ad un disturbo psichico caratterizzato da confusione di idee, disorientamento nello spazio e nel tempo, incoerenza degli atti.

La confusione è detta primitiva quando si determina indipendentemente da ogni altro fenomeno psichico collegato solo ad uno stato di debolezza cerebrale, il quale è in rapporto con uno stato di astenia generale ; ed essa dipende più da uno stato somatico che da uno stato mentale.

Al contrario la confusione dicesi secon laria quando si presenta come la risultante di psicopatie svariate, quali ad esempio, la produzione brusca di molteplici idee deliranti (mania), la presenza di allucinazioni intense, multiple, ripetute (delirii sistematizzati, allucinatorii) l'esistenza di disturbi emotivi gravissimi (melanconia).

La confusione mentale, primitiva o secondaria, per la sua importenza, pel suo sviluppo più accentuato, per la sua permanenza, può dare una nota priticolare ad alcuni stati vesanici sintomatici. Ciò si osserva nei delirii tossici (alucolpiombo) in certi stati discrasici od infettivi, in certe affesioni organiche (tumori encefalici, paralisi generale) in certe nevrosi; in tali casi i disturbi intellettivi seguono a grado le manifestazioni della malattia generale di cui fanno parte.

La confusione mentale può eziandio presentarsi sotto gli stessi aspetti (primitiva o secondaria). ma sotto forma di stato episodico, quasi una complicanza, in certe malattie mentali che hanno determinato, per es., uno stato di spostamento (melanconia, sitofobie). In altri casi la confusione mentale sembra costituire una affezione autonoma avente evoluzione a sè.

Nel suo significato più ristretto, il termine confusione mentale, o. più esattamente, confusione mentale primitiva idiopatica, designa in nosografia psichiatrica un'affezione, ordinariamente acuta, consecutiva all'azione di una causa occasionale, generalmente apprezzabile, che si manifesta quasi indipendentemente dall'influenza degli stati patologici. Essa è caratterizzata da fenomeni somatici di denutrisione e da fenomeni mentali, risultato primo dello stato somatico, il cui sustrato essenziale è costituito da una forma d'indebolimento e di dissociamento intellettivo, confusione mentale primitiva che può essere accompagnata o non da delirio, da allucinazioni, da agitamento come se lo infermo avesse paura di perdere la

o da inerzia motrice, con o senza alterazioni spiccate della emotività.

Chaslin nel 1895, in una sua monografia, raggruppò tutto quanto si era scritto intorno a tale argomento; ma poi le osservazioni si moltiplicarono e numerose monografie si pubblicarono in appresso.

Il Sèglas, della Salpêtriere, pubblicava recentemente sulla Presse mèdicale (17 marzo 1897) una rivista generale sull'argomento in parola e che qui riportiamo.

Dare un quadro clinico d'assieme della confusione mentale è cosa molto malagevole, nè si può descrivere quest'affezione che in maniera sche-

Per avere un concetto per quanto si può esatto della sintomatologia, bisogna scegliere come tipo un caso completo, d'intensità media ed al periodo di stato.

La sintomatologia presenta d'emblée un carattere importante, cioè che, oltre dei sintomi psichici, esistono esiandio sintomi fisici i quali talvolta stanno in prima linea.

I sintomi psichici non sono tutti della stessa importanza. Alcuni sono predominanti, essenziali, fondamentali e si riassumono nell'alterazione dello esercizio volontario delle facoltà intellettive, fatto che si esplica con la confusione mentale primitiva. Altri sono instabili, accidentali, secondarii; sono fenomeni di automatismo cerebrale, consecutivi ai precedenti, che si traducono con aliucinazioni, delirio, reazione, ecc.

Quello che più colpisce, è la facies del paziente, la quale esprime lo shalordimento, l'ebetismo; la fisionomia è assolutamente inerte, abbrutita, stupida; lo sguardo immobile e vago, quasi velato; la faccia pallida, stanca.

Fin dal principio dell'esame, ci accorgiamo che l'infermo stupefetto, si perde, s' imbroglia nelle sue risposte. Egli è disorientato, sembra che non riconosca più gli obbietti familiari o le persone che lo circondano; non si ricorda più nulla, ha perduto la nozione dello spazio e del tempo. Questa confusione di idee diviene più appariscente quando si approfonda l'interrogatorio, cosa per vero nonsempre facile. Un primo ostacolo sta nei disturbi frequenti del linguaggio, essi consistono sia nella perdita di certe immagini della parola, sia (quando le immagini sono conservate) nella difficoltà che provano i confusi ad adattare le parole all' idea ed a coordinarie insieme per comprendere od esprimere i pensieri. Certi individui si servono ad ogui istante di una parafrasi o di una data parola (per es. co:a) perchè non possono trovare quelia che loro occorre.

Altre volte incominciano una frase correttamente, ma la terminano con parole sconnesse; pare sentir parlare un parafasico. Spesso fanno ripetere la domanda, tentano di rispondere ma si fermano a metà periodo, ripetendo l'ultima parola oppure, se finiscono a periodare, la fine non ha alcun nesso col principio. Altre volte, dopo una certa esitanza iniziale, gli ultimi termini di una frase sono pronunziati in una maniera rapida, esplosiva, sua idea. In casi più avanzati, le parole risposte sono una semplice eco della domanda. Talvolta: questi disturbi del linguaggio sono tanto pronunziati, che dànno alla maiattia un aspetto speciale (confusione mentale pseudo-afasica).

Il bissolcamento, il disturbo dei linguaggio risultano dalla lentessa e dall' imbarasso nel for-

mulare la risposta.

Un'altra difficoltà nello interrogatorio sta nella gr'n pena che occorre per fermare l'attensione

lecli infermi.

Talvolta essi sono distratti, talvolta i disturbi delle loro facoltà sono tali che i on si può arrivare a fermare la loro attensione su veruna cosa. Quasi tatte le operazioni intellettuali volontarie sono rallentate. Quindi la percesione degli oggetti esterni è molto difettosa; per ciò appunto il confuso è sempre in dubbio ed incerto, sperduto in messo alle cose che lo attorniano che egli non sa interpretare e che sembrano dei tutto estrance.

Lo stesso accade per la percesione delle sen-

sazioni interne.

La memoria presenta anch'essa lacuna talvolta considerevoli; il più spesso è inflevolita; si perde la memoria di quello che accadde nel periodo datante dai principio della malattia; ultimi a perdersi sono i percepiti più antichi. L' infermo ricorda più presto e più facilmente ciò che prima apprese. Talvolta in un periodo di conitamento l' infermo può ricordare tutto quello che prima non poteva.

Al pari della memoris, l'immaginazione attive, creatrice, è indebolita o del tutto abolita.

Le stesse alterazioni si hanno nell'esercizio dei movimenti volontarii i quali sono esitanti, indecisi, inadeguati allo scopo e molto penosi. Molti di questi infermi glacciono inerti nella posizione dei più completo indebolimento. Altri possono ancora compiere gli atti della vita comune, ma in maniera automatica, imperfetta, e bisogna incitarli e dirigerli.

Questi disturbi svariati, ad inizio e generalissazione rapidi, nell'esercizio volontarie delle operazioni intellettuali, che si riassumono nello stato di torpore, ottusità, confusione mentale, costituiscono il fondamento, la caratteristica dello stato patologico; a questo assieme, che appirisce indipendentemente da ogni altro sintoma psichico, merita il nome di confusione mentale primitiva.

Nei casi di media intensità, gl' infermi non si rendono conto del loro stato, ma in certi intervalli ne hanno coscienza.

A questi sintomi paichici fondamentali, possuno aggiungersene altri, accessorii, secondarii, costantamente o ad intervalli.

Essi sono generalmente idee deliranti a contenuto triste; idee di ruina, di dannazione, di persecuzione, di colpabilità, spessissimo di negazione, di morte, di decomposizione cadaverica; talvolta, nei momenti di eccitazione si hanno idee erotiche, di grandezza, di preoccupazione professionale.

Queste idee non sono punto sistematismate; sono mobili e monotone o volubili, talvolta contradittoria. Il delirio rassomistia ad un sogno.

Tatte quest' idee possono spontaneamente tradursi con una icquacità speciale, una specia di automatismo della parola, corrispondente a quello del pensiero. Talvolta il confuso borbotta a bassa vace sul tono di una litania monotona; in certi casi o ad intervaili, pronuncia a voce alta parole sconnesse aventi identica terminazione o quasi. Questa loquacità può benissimo cossistere con uno atato di depressione, che con uno di agitazione gmerale; ed in quest'ultimo caso si ha per lo più un difetto di parallelismo tra la loquacità e l'agitazione motrice.

Accanto alle idee deliranti si trovano spesso allucinazioni sensoriali, specialmente visive ed acustiche, penose, terrifiche, variabili e mobili. Si possono avere anche rapidi impulsi irrestibili, sotto forma di raptus: impulsività spessionificazive (ma che possono essere anche dannose) una che l'instabilità mentale dell'infermo non permette sempre di menare ad effette.

Non è raro constatare pseudo-ticchi ora puramente automatici, ora in rapporto con una data

Idan.

Da un punto di vista più generale, si può osservare ora agitazione, ora depressione motrice (tutte le gradazioni) sotto forma regolare od alternante (tipo manisco, melanconico o alternante). Però questi sono fanomani puramento antomatici senza alcun rapporto con un determinato disturbo della emotività.

Al contrario il tono emotivo è quasi sampre indifferente, salvo in ponhi momenti di ansietà, semplici spisodii reattivi provocati dai disordise

delle idee o delle allucinazioni.

Tutti i confusi sono quasi sempre docili; essi si fanno guidare come fanciulli e, quando si trovano in presenza di date persone che loro impongono suggesione, cono veramente automi.

Tra i sintomi fisici poi abbiamo:

Talvolta la febbre, la quale può manificatarei o al principio della malattia o durante la avolu-

mione di questa, oppure ad intervalli.

Però il sintoma che più attira l'attensione è l'astenia generale: gl'infermi deambulano a stenu; essi si trascinano, le loro gambe sono penzoloro. Si ha sempre un nerto grado di dimegramento, il quale può talora essere «coessivo e rapidissimo. Il poleo ed il cuore sono deboli; si possono osservare disturbi vasomotori e trofici, disturbi digestivi i più evariati (anoressa, polifagia). Lo urine presentano epesso variazioni nella quantità dei coetituenti normali, oppure contengone anche elementi anormali, per es. albumina, succhero, urobilina, ptomaine.

Le mestruazioni sono irregolari o sospesse,

Gl'infermi si lagnano spesso di erampi muscoluri; avvertono scosse nei muscoli, specie della faccia, tremore, ecc.; spesso presentano stati catalettiformi, catatonia, rigidità muscolare più o meno accentuati e generalizzati; talvolta disturbi oculometeri, di ineguaglianza pupillare.

I rifiessi tendinei possono essere esagerati. Lo stato della sensibilità è difficile a precisarsi obbiettivamente : gl' infermi si lagnano di dolori

tradittorie. Il delirio rassomiglia ad un sogno. penesi in tutto il corpo e specialmente al capo i

essi hanno la cefalea dei neurastenici, la sona sensitiva sacrale, i dolori vertebrali. Il sonno può essere irregolare, può mancare e può aversi uno stato di sonnolenza continuo.

La confusione è sempre più accentuata quando l'infermo si leva, che non durante il resto della

giornata.

La distinsione delle varietà di confusione mentale, benché un pò convenzionale, è basata su due fatti principali. Prima di tutto il predominio del tale o tal altro ordine di sintomi, l'assenza o lo aviluppo più o meno accentuato del delirio o delle allucinazioni. Sotto questo punto di vista si distinguono due grandi varietà di confusione mentale : la varietà astenica , caratterizsata (dal punto di vista psichico) dal predominio dei sintomi essenziali fondamentali, e la varietà allucinatoria o delirante, in cui i sintomi psichici accessorii, molto aviluppati, occupano, almeno in apparenza, il primo posto. A seconda dello aviluppo di alcuni tra questi, della loro persistenza o della loro accessione, quest'ultima varieta può essere : agitata, depressiva, alternante.

D' altra parte, a seconda dell' intensità dello elemento fondamentale, confusione mentale, si di-

stinguono parecchie varietà.

La confusione mentale primitiva, propriamente detta estenica od allucinatoria, rappresenta la varietà di media intensità.

Ad un grado più accentuato, si ha una forma particolare, la quale, per la sua importanza meriterebbe una descrizione a parte: è la demenza primitiva acuta caratterizzata non più da un semplice disturbo, ma dall'abolizione dell'esercizio intellettuale.

Essa comprende due varietà corrispondenti a quelle attualmente distinte nel grado medio, la demensa acuta apatica e l'agitata.

In un grado più lieve si ha quello che De las i a u ve chiamò stupidità leggiera od apatia intellettuale, il torpore cerebrale di Bale, che può essere semplice o accompagnato da fenomeni attènuati di eccitamento intellettuale automatico. I sintomi fisici sono allora rappresentati dal sintomi neurastenici.

L'infermo ha una certa coscienza del suo stato. In un'altra categoria di fatti, i sintomi fisici hanno il primo posto. Si hanno allora quelle varietà che il Seglas tentò di distinguere sotto il nome di varietà cachettica e pseudo-tifoide e pseudo-meningitica, poichè simulano una malattia infattiva.

Quest'ultima varietà sopra tutte provoca grandi difficoltà diagnostiche e pronostiche poichè la sua sindrome presenta tutto il complesso sintomatico che oggi costituisce il così detto meningismo.

A queste varietà principali, alcuni autori aggiungono una forma subacuta, caratterizzata dall'evoluzione rapidissima e dalla estrema acuzie dei sintomi con eccitamento generalizzato, confusione profonda, febbre spesso intensa: è il delirio da collasso.

Di fronte ad essa prende posto una forma torpida, lentissima, corrispondente ad una parte duratura che in ogni altra psicopatia.

dell'amentia cronica di Meynert. La psicosi polinevritica di Korsakoff in certi casi non sembra altro che una forma speciale di confusione, caratterizzata dalla concomitante presenza. di polinevriti, con decorso e prognosi particolari,

Nella confusione mentale primitiva, si osserva talvolta uno stadio premonitorio di breve durata, caratteriszato da un mutamento di carattere, irascibilità, insonnia, ansietà, una certa difficoltà a coordinare le idee, la coscienza cha ha l'infermo, di una malattia che si prepara. Ma nella grande maggioranza dei casi l'inizio è rapido, subitaneo, contrassegnato dallo stupore o da un accesso di agitazione con idee deliranti ed allucinazioni, che dura pochi giorni e poi la malattia si stabilisce con una delle forme esposte più sopra. Allora essa assume un decorso continuo, interrotto da remittenze e da parosismi, durante il quale si osserva un succedersi di stadii di agitasione, di calma e di stupore, varii per durata e che possono essere anche attraversati da intervalli di relativa lucidità. La durata media della malattia varia da poche settimane a più mesi. Le forme abortive o iperacute durano pochi giorni, le altre possono prolungarsi per un anno ed anche oltre. L'esito è vario. Può aversi la guarigione, la quale talvolta è rapidissima, ma ordinariamente è lenta, graduale, progressiva od oscillante, con ricadute, superate le quali, riprende il suo corso.

Talvolta la guarigione è annunciata da fenomeni critici (ritorno dei mestrui, diuresi; diarrea). Essa è costantemente seguita da una perdita, più o meno, assoluta dei ricordi concernenti la malattia anche nei casi in cui essa fu completa.

Talora persiste un disturbo particolare della memoria sotto forma di amnesia retro-anterograda o da una specie di stato neuro-psico-astenico o da fenomeni deliranti, ossessioni incoscienti, idee fisse incoscienti, che possono essere in seguito l'origine d'un delirio sistematizzato.

In certi casi la guarigione viene dopo un periodo di confusione cronica poco accentuata, ma che può durare anni ed anni ed allora essa è incompleta, residuando sempre un certo deficit intelletuale. Un altro esito è la demenza secondaria cronica. Finalmente come esito della confusione mentale possiamo avere la morte o pel fatto stesso della malattia in sè e per sè o per una complicansa intercorrente.

La prognosi deve essere sempre riservata, oltre che pel fatto che può la malattia essere mortale per sè. anche perchè non si hanno dati precisi da poter predire se un caso sarà acuto o cronico.

In generale si può ritenere che quanto meno complicata e mutabile è la forma, più la prognosi è favorevole. Lo stato pregresso, i sintomi fisici, devono essere ben presi in considerazione, poichè la gravezza del morbo evidentemente li altera.

I casi lievi, i delirii da collasso, sono i meno pericolosi; ma bisogna sempre temere un aggravamento, una recidiva, una ricaduta. Si deve tener presente il fatto che l'affezione può lasciare dietro di sè sintomi, più o meno, tenaci. Però una volta ottenuta la guarigione, questa è più duratura che in ogni altra psicopatia.

Quanto alla diagnosi, benchè la confusione sia il semplice sintoma che costituisce il fondamento psicologico dell'affesione, bisogna prima d'ogni altro ben riconoscerne la esistenza ed i caratteri. ricordandosi, d'aitra parte, del precetto di Delasiauve, che la diagnosi non si fa solo sulla esistenza del sintoma confusione, ma dall'insieme del siutomi, del loro rapporti intrinseci e della loro evolusione. Così si potrà riconoscere se la confusione mentale è un sintoma secondario, accessorio, di una affesione mentale pressistente (manis, lipemania, delirio sistematizzato, soc.), o si tratti di uno stato di confusione secondario o primitivo, episodico (malinconia, mania) o sintomatico. In quest'ultimo caso si fara la disgnosi per eliminazione; ed allors, fatta l'esclusione ci si trova in presenza di casi in cui l'affesione sembra avere, in realtà, una esistenza indipendente.

La disguesi dell'affezione, confusione mentale primitiva, del resto è difficile. Essa varia secondo l'intensità ed il raggruppamento dei sintomi, determinando le diverse forme più sopra citate; ed anche allora ogni caso porta una diagnosi pirticolars. Nei casi di demensa acuta, la disgnosi differenziale dovrà sopratutto esser fatta con gli indebolimenti congeniti, imbecillità, idiotismo e gli etati di demensa (demensa precoce, paralitica o vesanica).

Nelle forme lievi di apatia, di torpore cerebrale, la diagnosi differenziale starà per la neurastenia, la malinconia semplice senza delirio.

Nelle forme pseudotifiche e pseudomeningitiche, bisogna pensare al dalirio febbrile, e quindi ad una malattia infettiva qualsiasi, ad una meningite, a certe forme di meningite tubercolare, ad una paralisi generale a decorso rapido, al delirio souto degli alienati,

La disgnosi delle forme medie, astenica o delirante ed allucinatoria , dovrà farsi sopra tutto con la mania, la lipemania, la paralisi generale,

la paranoia acuta.

À questo proposito, bisogna ricordarsi che la mania non s' inisia mai bruscamente ; inoltre la fisionomia è del tutto differente : viva, animata, mobile; parola rapida, voce forte, rauca. L' incoerenza del linguaggio è dovuta ad una ipereccitabilità, non ad uno stato depressivo; l'agitasione motrice è più continus, più accentuata, parallela alla loquacità ; il tono emotivo è sempre primitivamente esaltato e determina un sentimento di benessere, di vigore, di idee deliranti a contenuto piacevole, sensa allucinazione.

Nella melanconia l'inizio è ancora più lento : inoltre esistono disturbi dell' emotività primordiali e permanenti, uno etato di dolore morale caratteristico che si riflette in tutto l'aspetto dal lipemaniaco ; dippiù la docilità del confuso contrasta ad oltransa con la registenza sistematica del malinconico. La diagnosi differenziale con la melanconia è spesso difficilissima , poichè si possono avere (durante il decorso della lipemania) episodii di vera confusione mentale e fisico, si cercherà di sollevare la nutrisione ge-

termedii che imbrogliano molto e non si sa come

Questa stessa riperva può applicarsi alla diagnosi differenziale con la manis.

La paranois scuta, non è che l'esagerazione di uno stato di disquilibrio mentale pressistente. Essa non si accompagna mai a disturbi somatici. Per quanto sia assurdo il delirio, v'ha sempre qualche cosa di sistematizzato nelle idee deliranti ed atti coordinati ; il delirio precenta in generale un carattere egocentrico, analogo all'autofilia da tanto tempo segnalata nelle forme croniche dei delirii sistematissati.

Bisogna notare che la paranola acuta può accompagnarsi ad alluoinazioni talvolta multiple incessanti e determinare uno stato di confusione secondaria la quale imbroglia molto la diagnosi,

La paralisi generale, il cui fondo psicopatico è caratterissato da un indebolimento in massa di tutte le facoltà, può anch' sesa in dati casi , al principio assumere l'aspetto di una confasione propriamente detta. Dal lato fisico, nel confusi esistono segni esterni che possono indurre in errore (inuguaglianza pupillare, tremori , disturbi della parola, movimenti automatici, ecc.); quindi bisegna dare ad ogni sintoma il suo giusto valore e differenziare quelli della confusione da quelli della paralisi.

L'anamnesi dello infermo ed il decorso della malattia agevoleranno molto l'escinsione del

Per l'etiologia della confusione mentale primitive, la maggior parte degli autori, pur ammettendo una ereditarietà neuropatica, attribuiscono a questa poca importanza; al contrario mettono in evidenza le canse occasionali. Queste sono spessissimo rappresentate da traumatismi morali o fisici, fortuiti o chirurgici, da eccessi di lavoro, dalla inanizione, dalla miseria fisiologica. La confusione mentale primitiva si presenta di frequenti nella convalescenza di malattie infettive; la donna ne è soggetta più che l' nomo ; l'età di predilesione è tra i 20 ed i 50 anni.

Il Seglas, però da due osservazioni personali dice che questa è la forma più frequente della follia dell'infanzia.

Poiche tutti gli autori sono concordi nel dire che questa affesione è la conseguenza di uno stato di spossamento generale che indurrebbe uno stato di debolezza del sistema nervoso centrale, la confusione entra nel quadro generale delle paicosi asteniche.

Inoltre gli autori più recenti attribuiscono questo stato al risuitato intimo di una infesione o di una intossicazione per tossine microbiche o per veleni normali dell' organismo, non trasformati o non eliminati. Può darsi che questa ipotasi sia ssatta, ma i dati sperimentali non hanno ancora nulla deposto in favore di questa teoria.

La cura della confusione mentale primitiva deve essere fisica e morale; dal punto di vista d'altra parte tra le due forme esistono casi in-| nerale, mercè rimedii analettici, tonici , ricosutuenti ed un regime alimentare sostanzioso e fa

cilmente digeribile.

A questo si potranno aggiungere le frizioni stimolanti, i bagni eccitanti, l'idro- e l'elettro-terapis. Per agevolare la circolazione cerebrale e la emissione di sostanze tossiche, si daranno i purganti, i diaforetici, gli antisettici intestinali. Contro l'insonnia e l'agitazione, si adopereranno i bagni tiepidi, il sulfonaio, il valerianato d'ammoniaca, i bromuri alcalini.

Nelle forme ipertermiche le lozioni fredde ed i bagni freddi sistematici con affusioni al capo,

danno i migliori risultati.

L'igiene generale non presenta nulla di speciale: riposo a letto, camera ariosa, isolamento, calma, antisepsi orale, ecc.

La cura morale poi deve consistere in una vera rieducazione dello infermo; però non bisogna stancarlo, se non si vuol vedere arrestato

ogni vantaggio o una nuova ricaduta.

Quando le condizioni di ambiente sono tali da anmentare il disorientamento dello ammalato, oppure quando non si potrà prestare a questo ogni cura adeguata o sorveglianza, è meglio affidare l'infermo ad una casa di salute.

Nacciarone

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA (PROF. CAMPA-HA)-RUPIA E SIFILODERMA CONDILOMATOSO.

Sommano. — Sifiloderma rupia della faccia, le cui manifestazioni settiche sono date dalla sepsi del condotto udivo; ove v'è altro male. Condilomi piani.

Due casi di sifilide grave.

Sifiloderma rupioide nella donna.

Sifiloderma condilomatoso, piastre mucose con fenomeni settici, nell'uomo.

Son due casi di sifilode, piuttosto recente, che assumono malignità di manifestazioni per condizione, in una locale e generale, nell'altro principalmente locale.

Nella donna il sifiliderma nodulare che esiste nelle parti esterne del condotto uditivo esterno è dipendente da inflammazione settica del condotto uditivo stesso, e della membrana del timpano. Non cosi le altre manifestazioni si possono ascrivere a condizioni locali. La vicinanza dei capelli può dare setticismo, ma non è una ragione perché debba divenire così, settica la eru

Per l'orecchio ha contribuito la sepsi locale; per le altre una mancata resistenza dei tessuti, oltre la sepsi.

La rupia è degli organismi deboli, affetti da tubercolosi, malaria.

eruzioni non dipendenti solo da processi catarrali. sulle labbra e lingua piastre erosive, con margini rilevati : circoscritte, ben delimitate, reniformi, sensa notevole tendenza distruttiva. Se tutto il processo dipendesse dalla sepsi, se la sepsi é cagione di questo granuloma, esso dovrebbe distruggersi con molta facilità. Le gengive enormemente gonfie, nel palato molle erosioni epitaliali molteplici irregolari, detrito fra i denti. Questi fatti non sono certo in relazione con l'eczema della pelle; ma della sifilide.

Dunque, eczema della faccia, sifilide, mercurialismo. Niente di strano che mentre si hanno questi fenomeni boccali, dipendenti da mercurialismo, persista la sifilide.

La stomatite mercuriale è l'effetto dell'asione del mercurio, quando nella bocca vi sieno condisioni di sepsi o di putrefazione: ed in questo caso si vede chiaramente che vi esiste della sepsi perché vi esiste un ecsema impetiginoide. Il mercurio, avendo predisposto alla poca resistenza e alla necrosi molecolare gli epitelii boccali, questi epitelii caduti aprono la via alla invasione di processi settici catarrali più profondi, dagli agenti della putrefazione locale e dati dagli agenti specifici della sepsi. Le gravi lesioni boccali, alcune sono effetto dell'eczema, altre della sifilide.

Queste sono tali che rappresentano una grave malattia boccale; e ciò prova che, ad onta del mercurio preso, non ha miglierato delle condizioni settiche. Quindi porta a concludere che à la componente delle due cagioni. Nella nostra clinica non si hanno casi di stomatite mercuriale: quando si hanno infermi con alterazioni dentarie o gengivali, si curano prima queste e quindi le manifestazioni sifilitiche.

Qui è facile riconoscere la simbiosi degli agenti differenti, nella produzione di infiammazioni: perché nelle labbra vediamo le manifestazioni sifilitiche e nella faccia della sepsi.

Non è però così facile sempre distinguere questi fatti.

Si è detto da molti, che lo Jenner non ha fatto diminuire le manifestazioni settiche del vaiuolo; ma ciò è dovuto al fatto che la vaccinasione porta l'immunissasione contro il virus vaioloso, e non contro degli altri germi. E' diminuito il numero dei casi di vaiuolo grave per se, emorragico, ma non son diminuiti i casi di dermatiti settiche deturpanti e di erisipele complicanti il vaiuolo. Anche qui troviamo la sifilide da una parte, la sepsi e il mercurialismo dall'altra. Gli L'individuo è sifilitico perchè traviamo in lui individui con sifilide polmonare non hanno molte

volte altri sintomi che un po' di affanno, diminuita funsione polmonare.

I fenomeni settici bronco-polmonari acciden tali, sono quelli che dànno tutta la fenomenologia di ascoltazione e percussione, che soventi si trovano in queste forme. Il mercurialismo, come tutti i veleni chimici, va ad agire sulla nutrizione dei vasi sanguigni, più piccoli e meno resi stenti, e dei vasi linfatici. La cura mercuriale non deve esser mai temuta quando è fatta bene: anche in questi casi avanzati si può continuare la cura antisifilitica e facendo la cura del mercurialismo. Il clorato di potassa è antisettico troppo debole. Giovano più l'allume orudo, il nitrato · d'argento, il solfato di sinco. Oltre allo scopo antisettico di queste sostanse, bisogna adoperare, dove sono ulcerazioni il nitrato d'argento a pennellazioni. Inoltre se vi è grande raccolta di materiali putridi tra i denti curare la disinfesione di questi con l'acido fenico: in 1-2 giorni si arresta la stomatita.

Nella cute vi sono pure manifestazioni miste, nelle palpebre: quivi si usano unguenti (di calomelano).

Il caso di rupia ha bisogno di cura adatta a combattere la sepsi, la sifilide e ad aumentare la resistenza dei tessuti. In questi casi si danno i preparati iedici, perchè dipendone da manifestazioni tardive della sifilide. Quando la sifilide diviene più intensa e più localizzata, si deve far la cura per quanto basta a combattere la manifestazione. Alcuni propongono di saggiare l'organi mo con bagni termali solforosi alcalini. Alimentazione carnea: Cura antisettica locale non caustica. Cura tonica, anticifilitica e protettiva locale. Il tesauto di granulazione, che vi è nelle legioni rupicidi, è pallido, facilmente sanguinante: occorre dargli tono od ove non si riesca distruggerlo. Molte volte rimangono piaghe con granulazioni carnose ammalate per degenerazione granulo-grassosa. Non si può dire una terapia sempre eguale, ma si deve regolare secondo le circontanze: vino aromatico caldo con poca soluzione di sublimato corrosivo, il domani fare medicazione con sostanze protettive con garsa spalmata di un qualche grasso; decozione di china, vino aromatico, ecc.

Nella cavità auricolare bisogna isolare la sepsi con cure, introducendovi saffi di garza asettica o iodoformata.

Inferma con sifiloderma lenticolare e discoideo, con tratti di desquamazione. Le pinne, il lobo del naso, il setto, sono ispessiti così da vedersi

in essa quasi una grossa papula, che circoscrive tutte le parti.

Le pinne ispessite ed il setto presentano consistenza più dura del tessuto sano.

Un'alterazione data da un granuloma duro del naso costituisce il cosidette rinoscleroma. La lepra dà le sue manifestazioni nel naso, che si ispessisce, si indurisce. La rinite cronica può dare come fenomeno compagno l'ispessimento e l'indurimento delle parti molli del naso. Questa è la forma che meno caratteristicamente o limitatamente infiltra le pinne massii : la tubercolosi è quella che più caratteristicamente le infiltra. Ma il rinoscleroma non si inizia così : ed è una di quelle manifestazioni che durano per molto tempo. La sifilide del naso o viene ad essere una manifestazione compagna del periodo secondario ad altre localizzazioni o in periodo tardivo è compagna a qualche altra localizzazione. Le localizzazioni ossee sono più frequenti per la sifilide che non per le altre infezioni. Se però la malattia non parte dal setto con perforazioni, giacche più facilmente si perfore, per scrofola. lepra, sifilida.

TRAPIANTAZIONI CUTANER

Sommano, — Un caso di piaga ed ulcera delle gambe trapianti dermo-epidermici grossi, e medicazione alla Byndon in infermo con piaga della gamba.

Gli studi moderni sulla notevole vitalità dei tessuti dermo epidermici e sull'antisepsi hanno risoluto la questione della trapiantabilità : per modo che si può dire che non vi è tessuto che non possa essere trapiantato e vivere per un certo tempo dopo la trapiantazione. Si può trapiantare della pelle (e questo metodo è antichiseimo) per spostamento o portando un pazso di palle da un posto all'altro staccandolo da altro punto del corpo, o da altra persona. Questo metodo è divenuto più scientifico per opera del Rever di n che distinse in trapianto dermo-epidermico ed epidermico. Si diceva: in una soluzione di continuo non si produce della epidermide se non vi è rimesto qualche brano epidermico od organo fatto della medesima, da cui vegeti dell' epidermide. Ma ora non si fa più la distinzione fra l'epitelio e l'endotelio pei lumi avuti dall'anatomia, come insegna il nostro maestro Toda ro, che prova che questi due tessuti sono simili. Se c'è una superficie ove si vuole far aderire un tessuto, questa deve essere una pisga non ammalata, cioè una soluzione di continuo con perdita di sostanza senza complicanze di emorragie, di sepsi o di

altre malattie cui può andare incontro una ferita od una piaga.

La piaga anticamente si concepiva accompagnata dal fenomeno della suppurazione. Se si mette una piaga in ambiente asettico si ha il fenomeno componente, non distruttivo, nella parte ed emigrazione di qualche leucocita, senza vera suppurazione. Se vi è la sepsi, in una piaga, occorre lavarla; come occorre correggere e la flaccidezza dei tessuti, e l'emorragia, ecc. Per ridar tono alle granulazioni distruggere quelle esuberanti, modificarle si fanno causticazioni con nitrato d'argento, prima di fare il trapianto continuandosi coll' asepsi.

Il trapianto per spostamento deve conservare le sue aderenze vascolari e di innervasione. Si ha la durata più a lungo della pelle trapiantata. Nel caso in cui prendiamo un pesso di pelle staccata e si trapianta si ha la inoculazione del tessuto, con ripristinazione della circolazione, in poche ore ma non della innervazione. Col trapianto per spostamento si ha la conservazione delle suddette funzioni, cioè della circolazione e della innervazione.

Perciò se si tratta di ricostruire un organo si deve lasciare un tratto di continuità, cioè si deve fare lo spostamento di un tessuto. Ma se si tratta di avere la cicatrissasione, e rapida, sensa altro scopo, risponde bene l'altro metodo.

Con questo sistema si cura bene un' lupus circoscritto: In una ragassa un nodulo luposo, circoscritto, si asporta, si caustica la parte e si trapianta la cute, passati alcuni giorni dalla causticazione. Per fare questi trapianti si può prendere un pessetto di pelle dalla persona stessa, che si deve curare, e, si tratta di prendere uno strato molto sottile, la punta delle papille con la epidermide sovrastante. Un tratto largo si asporta con bisturi, largo alla Thiersch; o altrimenti si fanno piccoli branelli di un tratto di cute preso da un operato, ben lavati e disgrassati e sensa connettivo sottocutaneo.

Reverdin notò che tutto questo che succede nella cicatrizzazione è dovuto all'attività della epidermide. Il pesso trapiantato tenuto umido si mantiene vivente finchè non si stabilisce una circolazione plasmatica vitale; ciò che succede dopo alcune ore. Dopo qualche giorno il trapianto si è fatto bene ed allora si tiene scoperta la parte sulla quale si è fatto il trapianto — evitando i traumi e le cause irritanti. Questi trapianti sono utili nella cura del lupus. Si devono in questo caso fare dei larghi trapianti,

giacchè i piccoli non gioverebbero a nulla. I piccoli trapianti servono nelle semplici piaghe e nelle piaghe da scottature. Nelle ustioni c'è sempre la possibilità che in mezzo al tessuto gangrenato ci sia del tessuto sano e che quindi avvenga la guarigione.

Queste cure vanno praticate a periodi differenti nelle alterazioni prodottesi da una qualche cagione: ustione, pestamento, ecc. Nel primo momento di ustioni estese, quasi generalizzate, nelle quali sono gravi le sofferense dolorifiche, si darà un bagno tiepido, in adatto recipiente da bagnoletto, con materasso ad acqua o di crine. Si daranno eccitanti del cuore. Se ci sono flittene si pungeranno asetticamente senza lacerare la buccia della flittena. Dove c'è la necrosi coprire e proteggere i tessuti in guisa che nel momento buono ayvenga la eliminazione della necrosi sen za imputridirsi. Nello stato presente delle nostre cognizioni sulla sepsi si comprende che la ustione prepara la asepsi del tessuto ustionato; percui, quando l'organo leso sia un arto, o la ustione non dia forte dolore, anche se generale; bisogna non ricorrere al bagno, ma semplicemente alla medicazione occlusiva asettica: tutte le volte che la ustione si stimi tale da aver dato gli effetti di asetticismo, o con essa non vadano congiunti tratti ove la asepsi non si sia potuta verificare.

Nelle ustioni che hanno dato luogo a profonde distruzioni, e che formeranno certo cicatrici con notevoli retrazioni, giovano molto i trapianti. La cicatrice, che avverrà in questo 2º caso, sarà sempre meno retrattile ed anemica della cicatrice spostanea. Gli antichi volevano la suppurazione, e causticavano la superficie vitale, per far intercedere un periodo di tempo tra lo stimolo violento e le cicatrizzazione.

Trovandoci nelle circostanze sopradette, si cercherà di evitare la suppurazione — venendo la piaga si faranno dei trapianti dermici a larghi tratti superficiali, in modo da arrivare nel taglio del brano da trapianto alla punta delle papille. I trapianti alla Reverdin, nei casi di ustione, non servono.

I trapianti devono essere completamente asettici. Si conservano in soluzione asettica tepida di cloruro di sodio (0,75 0,0). Nella nostra inferma si è cercato di avvicinare i tessuti circostanti alla piaga modiante la medicatura alla Bynton, e con pochi trapianti per disseminazione.

Questi trapianti si eseguono anche con pelle di animali. Si usa l'epidermide di rana, ma anche di mammiferi. La atrofia delle cicatrici bisogna

che sia evitata, perche porta stiramenti i quali potrebberg dare edemi sopra o sotto la cicatrice. Naturalmente succede che quando si prendono dei pezsi piuttosto grandi, si prendono anche delle lacune lintatiche, quindi conviene allora abradere un po' il tessuto, perchè tra que to ai trapianti l'epidermide.

ERITEMA POLIMORFO

Sommanto - Appunti della storia clinica, perchè eritema polimerto maculo-papulose e non lapra, e non sarcoma primitivo idiopatico della cute. Le flittene che vi esistono non caratterissano la varietà flittenoide di suesto morbo, ma sono una fase ultima di alcune maculo-papule.

Ecco un infermo con eritema polimorfo. Il male si presenta sotto forma non comune, da somigliare quasi al cosidetto sarcom: idiopatico della

Non ha la localissazione ordinaria: vero che, sul dorso delle mani è caratteristica, ma non vi è sui piedi: vi è bensi ai volto.

Nelle gote dell'infermo vi è un arrossimento diffuso, limitato da un margine preciso: l'arrossimento non si sperde gradatamente. Vi è pure un'eruzione papuloide, con margini distinti e precisi.

Sul naso vi è l'eruzione sotto forma di eritema iride: sioè le macchie eritematiche sono disposte e configurate a cerchi concentrici ed alcuni di questi cerchi hanno colorito più chiaro o niù oscuro degli altri. In ogni caso, in tutte le eruzioni del volto c'è la particolarità di eruzione ben circoscritta.

Il turgore delle papule non scompare sotto la pressione. L'infermo, dove esiste l'erusione, ha sensibilità un po' aumentata. L'erusione delle mani è data da un inturgidimento della cute, accompagnata da una colorazione rosso-fosca, che non dispara sotto pressione.

La colorazione non è uniforme, ma va gradatamente diminuendo per accrescersi in un tratto vicino. Sul dorso delle mani vi esiste anche una larga flittena a contenuto rosso (s'ero-sanguinolento). L'infermo presenta tracce di albumina nell'urina. Questa malattia potrebbe essere critema polimorfo, sercoma idiopatico, una lepra tubercolare nel suo inizio.

Nella lepra ci è alterazione di sensibilità, sem-

chè rassomiglia al vero sarcoma: ma non ha la mealignità del sarcoma, la facile diffusibil tà negli organi interni, di questo. Anche il detto sarcoma idiopatico si presenta sul dorso delle mani, ma gli i pessimenti della cute sono di un colorito livido-nerastro, son duri, danno molto dolore agli infermi, non vi cossistono flittene che solo in caso di morbo molto avanuato e non più confondibile con altro male. Questi fatti somo accompagnati col tempo da localizzazioni nel tronoo 'e sulle mucose.

Gli infermi, dopo un po' di tempo, vengono assaliti da numerosi noduli simili a quelli delle mani, su tutto il corpo. Questi noduli seguono soventi il decorso dei nervi od i nervi danno segno d'essere ammalati anche, perchè coesistenza di violenti dolori ; ed all'autopsia, talora reperti di nevriti gravi, con alterazioni simili a quelle della cute. La malattia dell'infermo qui presente, non è quella sopra descritta, come sarcoma idiopatico.

D'altronde l'infermo dice che la sua malattia data da otto giorni, mentre il sercoma idiopatico per svilupparsi ad un grado simile, dovrebbe datare da anni. Le manifestazioni del volte non dovrebbero essere semplici eritemi nel sarcoma, ma dovrebbero essere dei noduli, degli indurimenti diffusi, come quelli delle mani. Per dare una nozione a loro di questa malattia che he qui nominata, come sarcoma, dirò che essa, per la propria diffusione di rado si cura chirurgicamente, ma medicalmente coi preparati arcenicali 20 25-80 injezioni di liquore arsecicale del Fowler possono guarire un infermo affetto dal morba. La dose delliquore di Fowler si arriva a portare fine a un grammo al giorno e più.

Detto questo, passiamo a discorrere del caso qui presente, di eritema polimorfo.

L'infermo ha la forma dell'eritema polimorfo. maculo-papulosa. Non diciamo flittenese quantuuque esistano flittene, ma le flittene non sono qui primitive dell'eritema, ma una consegueuza della papulosi. La epidermide nelle ultime fasi della papula si è distaccata dai teesuti sottostanti e sotto di essa si è raccolto un po' di liquido il quale ha dato luogo alla flittena. Ma in questo caso la flittena non è primitive. La flittena si sviluppa fin dall'inizio della manifestazione nel caso di vero critema flittenoide. Nell'eritema pepre sulle eruzioni; ma questo fenomeno non è limorfo del nostro infermo non vi è bisogne di quello che fa fare la diagnosi prima che si ri-ldiscorrere di cura. Bisognerà tonizzare un pò la cerchi il bacillo. Il sarcoma idiopatico è una va-l'innervazione vasale dando un po' di solfato di rietà morbora descritta sotto questo nome per- chinina per bocca; e sulle mani si alternora que

di 12 in 12 ore, degli impacchi con soluzione di allume e di acqua vegeto-minerale: ma anche sensa di queste cure tutto passerà tra tre o quattro giorni.

SOCIETA' SCIENTIFICHE

Società di biologia di Parigi. - Autopsie di morbo di Little. - Appendicite sperimentale per iniezione sanguigua. - Le lesioni della midolla spinale nel morbo di
Paget.- Microbio anaerobio nel reumatismo articolare
acuto. - Pseude-membrane di origine tossinica. - Streptococco e siero di Marmore k. - Accademia di medicina di Parigi. - Enterocolite ed appendicite. - Asione
della fibrina nelle tiogosi delle sierose e del connettivo.Ostriche e tifo.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Tornata del 18 marso 1897

Autopole di morbe di Littie. Déjérine riporta i reperti di 2 autopole eseguite in individui con morbo di Little.

La prima appartiene ad un uomo di 60 anni. Si rinvenne doppia porencefalia della regione rolandica (simmetrica in ogni emisfero) al punto di unione del terzo medio e terzo superiore. Le cinconvoluzioni vicine convergevano verso la depressione, carattere che indica una porancefalia congenita. Il resto dei centri nervosi era sano; solo si notava una ipertrofia dei fasci piramidali della midolla. Nessuna traccia di solerosi sistematizzata o di focolai degenerativi.

Nel secondo infermo, anche avansato di età, all'autopsia l'encefalo risultò intatto sia macro, che microscopicamente; midolla piccola, come quella di un bambino a 7 anni; la diminusione di volume era dovuta sopratutto ad un'atrofia dei cordoni anteriori.

Su tagli fatti a fresco, nei cordoni laterali da ciascun lato, al posto dei fasci piramidali si vedeva una sona grigia, virgoliforme, che all'esame microscopico risultava formata quasi esclusivamente di tessuto sclerotico, con scarsi tubuli nervosi. Quest'affesione si estendeva per tutta la langhezza della midolla.

Si sarebbe potuto credere che si trattasse di una lesione primitiva, ma l'oratore da una numerosa serie di tagli, ha potuto rinvenire una lesione primitiva a livello della porzione cervicale della midolla tra l'emergenza del 1.º e del 2.º paio spinali. Era costituita da una solla nevroglica, irregolare, disposta in modo da decapitare le corna posteriori. Questa sona era molto vascolarissata, al punto da simulare un angioma.

Queste due autopsie dimostrano che le lesioni primitive del morbo di Little possono essere diversissime per natura e per localizzazione e che non si tratta sempre di arresto di sviluppo dei fasci piramidali.

Appendicite Scrimentale per infezione sanguigna.

Josuè ha riprodotto lesioni appendicolari nei conigli, servendosi della inoculazione intravenosa

culture (vecchie di un mese) di strepto-bacillo isolato da Charrin da alcuni conigli morti per appendicite epidemica.

Analoghe lesioni osservò iniettando nelle vene il contenuto enterico dei conigli morti. All' autopsia il peritoneo era sano, ma si notò manife-

sta l'appendicite.

L'oratore conclude col dire che la causa dell'appendicite non è univoca ma di natura svariata. Quando l'inflammazione della mucosa si complica con l'obliterazione del lume del processo vermiforme o con la presenza di un corpo estraneo, allora l'appendice si trasforma in cavità chiusa, si produce il pue e la sacca suppurata determina lesioni peritoneali finitime, si apre o si gangrena.

Le issioni della midella epinale nel merbe del Paget. Lèvi ha studiato le lesioni della midolla spinale di un individuo colpito da morbo di Paget (osteite deformante). Vi si ceservava una solerosi pseudo-sistematica di origine vascolare diffusa, predominante a livello dei cordoni di Goll, della sona radicolare postero-interna, dei fasci piramidali crociati ed interessante esiandio i fasci cerebellari diretti.

La solerosi in certi punti era limitata attorno ai vasi colpiti da endo-peri-arterite; però aveva sempre ivi il suo maximum.

Nelle sone sclerosate i cilindrassi erano conservati. La pia madre spinale era inspessita dappertutto. La zona periferica della midolia era lievemente sclerosata in tutta la sua estensione.

Microbie anaerobie nel reamatisme articelare active. Thiroloix in 2 infermi, al 8° giorno di un reumatismo articolare acuto, ha trovato nel sangue e poi coltivato, un bacillo anaerobio, avente tutti i caratteri del microbio descritto da Achalme, cioè: strettamente anaerobio, colorabile col Gram, patogeno per la cavia, inoffensivo, pel coniglio, pel cane, pel sorcio.

Achelme ha recentemente rinvenuto all' autopsia di due poliartritici il bacillo che già riscontrò nelle stesse circostanze nel 1891.

Papilion l'ha trovato in un'altra autopsia. Ecco finora 6 casi positivi.

Psende-membrane di origine tessinica. Roger e Bayeux.—Si insegna che per produrre sperimentalmente le false membrane difteriche, occorre : ledere la mucosa e depositarvi i bacilli vivi.

Iniettando la tossina difterica nella trachea dei conigli e delle cavie, gli oratori non hanno mai osservato nelle cavie ed in tre conigli altre lesioni che quelle dell'intossicazione difterica acuta; ma in 8 conigli hanno provocato la formazione di false membrane a localizzazione variabile (laringe, trachea, broncheoli).

Streptecesce e elero di Marmere k. Courmont.— Il siero di Marmore k non immunissa il coniglio contro lo streptococco che si trova nella erisipela dell'uomo, qualunque sieno la dose e la v'rulenza del microbio iniettato; sembra avere un'asione predisponente. Al contrario esso protegge contro desi enormi dello streptococco di Marmoreka virulenza esaltata.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Tornata del 16 marco 1897.

Enteresclite ed appendicite. Reales dice che nella comunicazione che il Die ul afo y face nell'ultima tornata della Società di chirurgia, a riguardo della litiasi intestinale, quest'oratore credette poter affermare che « l'appendicite non è mai l'esito, la conseguenza dell'enterocolite ». Ora, essendo il Reclus uno dei fautori della dottrina contestata dal Die ul afo y, cita alcuni casi che, a suo parere, mestrano quali legami esistano tra appendicite ed enterocolite, sopratutto della forma muco-membranosa.

I 5 casi riferiti dall'oratore sono inediti tutti, perché raccolti negli 8 giorni consecutivi alla comunicazione del Disulafo y. Essi sono di un valido appoggio alla teoria difesa dall'oratore

circa la patogenesi dell'appendicita,

Per l'oratore l'infiammasione dell'appendice riconosce 8 ordini di fattori : in una prima categoria egli pone le appendiciti per causa locale , quelle che si determinano per la presenza d'un corpo estranco nel processo vermiforme (24 per cento).

La 2ª categoria riguarda le appendiciti consecutive ad una flogosi intestinale, ad una en-

terocolite propagata all'appendica.

La 8ª categoria comprende le appendiciti provocate da una infesione generale localissata all'appendice. In tutti i casi il meccanismo sarebbe sempre lo stesso, cioè una inflammazione superficiale della mucosa, la quale in un altro sito guarirebbe con facilità; ma poi vi sono fattori che determinano un andamento nefasto.

E prima di tutto la conformazione dell'appendice, che non è altro se non un diverticolo; quindi ristagno di muco e di pus, che agevolano lo

sviluppo di germi patogeni.

L'appendice, desquamata ed ulcerata, diventa allora l'equivalente perfetto di una fistola cieca interna e la più lieve causa occasionante (caduta, indigestione, raffreddore) che mette l'organismo in 18tato di opportunità morbosa, permette che l'infiammasione si estenda a tutta la spessezza delle pareti appendicolari.

Dunque nella patogenesi dell'appendicite, nulla vi sarebba di specifico, potendo le cause più svariate provocare un tanto spiaosvole processo.

Azione della fibrina nella fiegesi delle sierese e del connettivo. Cornil.—In tutte le infiammazioni delle sierose, la fibrina assudata alla superficie di queste, serve di mezzo di nutrizione e di sostegno alla cellula endoteliali che vi vegetano, si moltiplicano, si anastomizzano e costituiscono un cellulare nuovo e vasi sanguigni.

Se le superficie sierose si mantengono in con-

tatto, si producono rapidissimamente aderense fibro-cellulari vascolarizzate, che le uniscono definitivamente.

Nei vasi, la fibrina del coagulo si organissa allo etesso modo, si vascolarissa e ne risulta, ad un dato momento, un'obliterazione vascolare dicatriziale, percorsa da numerosi vasi. Ma se le superficie sierose restano isolate, lontane l'una dall'altra da un liquido o sensa possibili aderesse per una qualsiasi causa, ellora questa fibrina for-

ma vegetasioni.

Identici fenomeni el osservano nella cicatrici della cute e dei connettivo sottocutaneo, dei muscoli, dei parenchimi. Le anastomosi delle cellule e la genesi dei vasi si originano in uno strato fibrinoso. In un taglio della cute interessante la superficie del derma, v'ha sempre fibrina interposta tra i due piani della sesione, anche quando v'ha cicatrizzazione per primara. Le ferite del polmone causate dall'immersione di un tre-quarti, presentano gli stessi fenomeni. Le inflammasioni più lente mostrano anche esse fibrina nai punti ove vegetano e si organissano gli elementi del connettivo.

L'oratore ha osservato in un caso, un bottons carnoso ricoperto da un denso strato di fibrina, in cui si vedevano vasi scarsissimi e numerose cellule allungate o ramificata del tessuto const-

tivalo.

E' certo che questo tessuto si accresce, si sviluppa e che le cellule si nutriscono nella fibrina a sue spess. Questa costituisce come una patina protettrica e contemporaneamente come un allmento destinato all'organizzazione del connettivo definitivo che prenderà il posto della fibrina quando la cicatrica diventerà etabile.

Ostriche e tife. Chatin legge un rapporto su una osservazione invista del Mangeot. Si tratta di tifo sviluppatosi in una famiglia in asguito all'ingestione di ostriche oreaciute in cattive condisioni. L'oratore insiste sui danni che possone risultare della pratica adoperata da alcuni allevatori di ostriche, di mescolare acqua salimastra a quella marina, per ingrassare le ostriche; mette poi in evidenza che le ostriche allevate in siti non adatti, sono un messo di sviluppo e propagazione del microbii patogeni.

Chatin (padre) duce che questo accidente si è verificato solo da quando l'acqua di rifiuto che scorre pel paese è stata immessa nel parco di Granville: a memoria di uomo non ricorda che le ostriche di Granville avessero prodotto il me-

nomo disturbo in chi ne mangiava.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Clinica Chirurgica Operativa della R. Univer. di Palermo diretta dal prof. i. Tansini

Cisto dermoido dell'evale destre — Ovariestemia Guarigione

Alfano Grasia di anni 82, da Palermo, casalinga. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Mestruata a 18 anni, le sue mestruazioni si mantennero sempre regolari; dopochè andò a marito, le mestruazioni divennero un pò irregolari e dolorose, accompagnate da perdite leucorroiche. Otto anni addietro, l'inferma notò un piccolo tumore della grandesza di un uovo nel cavo addominale e verso la regione ipogastrica destra. Il tumore è andato sempre gradatamente crescendo e divenendo ede di dolori intensi, accessionali. Durante questo periodo le mestruazioni si sono allontate per qualche mese, ma poi sono ricomparse. L'inferma non ha avuto gravidanse.

L'addome è asimmetrico per una intumescenza regolare, che elevandosi al disopra del pube giunge all'ombelico ed occupa il quadrante inferiore destro e parte del sinistro. Il tumore ha superficie liscia, regolare, forma globosa che si delimita molto nettamente ed è grosso come la testa di un fanciullo, consistenza fibroso-elastica, è spostabile nel senso trasversale. La percussione è ottusa in

tutto l'ambito del tumore.

Il prof. Tansini fa diagnosi di ciste dell'ovaio destro e pratica la laparotomia il 10 febbraio.

Coll' infissione nel tumore del tre-quarti, non uscendo liquido, toglie lo strumento ed incide largamente la ciste; esce sostanza sebacea assieme a numerosi peli. Rimpicciolito il tumore, lo estrae. Allaccia il peduncolo con laccio di seta, lo seziona con il coltello termo-galvanico e lo affonda.

Toilette peritoneale rapida; sutura ad ansa delle

pareti addominali.

L'andamento post-operativo fu regolarissimo, l'ammalata non ebbe alcun disturbo e fu sempre apirettica. L'asciò la Clinica dodici giorni dopo l'operasione, perfettamente guarita.

Anchilesi essea ad angole acute del ginecchio. Recezione cuneiferme. Guarigione.

Mannino Michele, di anni 15, da Terrasini, studente. All'età di nove anni fu colpito da osteosinovite fungosa dell'articolazione del ginocchio destro, per cui dovè sottoporsi ad una operazione chirurgica, che non sa bene precisare. Dopo sei mesi circa dall'operasione l'infermo si accorse che la gamba a poco a poco, quasi insensibilmente, andava a flettersi sulla coscia, fino a giungere allo stato in cui ora trovasi da quattro anni.

La gamba destra è flessa sulla coscia, così da formare un angolo molto acuto, la pelle che ricopre la regione del ginoschio è tutta alterata da cicatrice aderente. La gamba non subisce il più piccolo spostamento per quanta energia si impieghi ad estenderla.

Il prof. Tansini, constata essere l'anchilosi

intrinseca ossea, e l'8 gennaio passa alla resezione cuneiforme del ginocchio. Cloroformissato l'ammalato e fatta l'ischemia dell'arto, l'operatore incide le parti molli, come nel processo alla Mackensie, indi con l'aiuto del periostotomo scolla la pelle cicatriziale della regione, che è aderente all'osso. Sollevato il lembo, con il maglietto e lo scapello attacca l'osso e ne rimuove un pesso a forma di cuneo, affinché si ottenga la riduzione. Si giunge così a far combaciare le due superficie ossee, avendo incontrato però una notevole resistenza nelle aderenze fibrose e nella retrazione del bicipite, che venzono vinte a poco a poco; l'arto viene a trovarsi in posizione quasi rettiline. Non si notano più vestigia dell'antica articolazione, ma aderenze delle ossa tra loro, le quali alla sesione sono perfettemente sane. Si saffa la ferita con garsa al jodoformio, giacchè dal giovane midollo osseo fuoriesce una notevole quantità di

Si applica una fasciatura provvisoria, temendo qualche inconveniente dallo stiramento dei vasi e per potere in seguito avere la perfetta ridusione. Dopo cinque giorni di graduale ridusione, si sutura la ferita e si applica un apparecchio al silicato di potassa con stecca di Esmarch. Dopo un mese si rimuove l'apparecchio e trovasi già avvenuto il consolidamento osseo. All' apparecchio di Esmarch si sostituisce un semicanale posteriore e si permette all' ammalato di comminare.

Dopo 45 giorni l'infermo lascia la Clinica colla gamba dritta, del tutto guarito.

Oarcinema della mammolia. Amputazione cei precesse Tansini. Guarigione

Maria Sicola, di anni 80, da Bisacquino, casalinga. Nulla di rilevante nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Ha dato latte ai suoi tre figli, e soffrì una volta di mastite suppurata alla mammella sinistra.

La presente malattia data da sei mesi; l'inferma ebbe a notare alla mammella sinistra al di sopra ed all'esterno del capessolo, un induramento, sensa limiti netti, che gradatamente si estese a tutta la mammella, le quale è andata aumentando di volume, promuovendole dolori lancinanti, irradiantisi fino all'ascella.

Nutrisione generale discreta, sviluppo scheletrico regolare.

La mammella sinistra si presenta un pò più grossa della destra, specialmente nel segmento superiore: la cute che la ricopre è di colorito normale: il capessolo è retratto e resta nettamente limitato dall'areola da un solco circolare. La pelle in vicinansa dell'areola e del segmento superiore esterno non si lascia sollevare in pliche. Alla palpazione si riscontra un tumore del volume di una arancia, di consistenza fibrosa, a superficie irregolare, bernoccoluto, a limiti non molto netti, spostabile in massa, unitamente alla ghiandola, cui aderisce intimamente. Nel cavo ascellare si possono percepire alcune ghiandole linfatiche ingrossate spostabili; nulla di anormale all'esame

clinico nelle regioni sopra e sotto-clavicolare tanto a destre che a sinistra.

Il prof. Tansini fa diagnosi di carcinoma della mammella e procede all'amputazione del seno e svuotamento del cavo accellare, col suo processo, il 18 gennaio.

Con una incisione circolare che comprende tutta Ja-regione mammaria e senza scolpire lembi cutensi, il prof. Tansini estirpa tutta la mammella col pettorale. L'incisione non è completamente chiusa sulla regione, ma continua nel cavo ascellare, e colla ghiandola mammaria e col pettorale toglie senza interruzione tutti i tessuti che intercedono tra la regione mammaria e quella del cavo ascellare che svuota completamente: raggiunge e svuota il cavo sotto-claveare, dove trova alcune piccole ghiandole che erano sfuggite all'esame clinico. Scolpisce poi e mebilizza un lembo autoplastico sul derso, in direzione quasi verticale della larghessa sufficiente per coprire la perdita di sostanza della parte asportata. Fissa il lembo così formato sulla breccia della regione mammaria ed ascellare con sutura a punti staccati e riunisce la ferita dorsale con sutura intercisa, dopo aver messo due punti di sostegno con sutura a piastre.

L'andamento post-operativo fu normale; apiressia, riunione per primam delle due ferite alla regione mammaria ed a quella del dorso; il lembo autoplastico aderi completamente e non presentò alcun punto necrotico: vi fu un po' di divarieazione all'angolo inferiore della ferita dosale.

L'ammalata dopo 40 giorni lascia la Clinica del tutto guarita. *Esame del penso*. L'indagine microscopica conferma la diagnosi clinica di carcinoma.

Polipo fibroso dell' utoro. Estirpaziono con l'ancagaivanica. Guarigione.

Cammarata Maria, di anni 44, da Villarosa, casalinga. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi. Mestruata a 12 anni, le mestruazioni si sono mantenute sempre regolari: andò a marito ed ebbe due figli.

Quattro anni or sono incominciò ad avere perdite leucorroiche e sanguigne ed a soffrire dolori alla regione lombo-sacrale e all'ipogastrio, i quali si esacerbavano nel periodo mestruale. Da un anno ha avuto la sensazione come di un corpo estraneo in vagina e di peso al perineo.

L'esame vaginale fa rilevare la presenza di una massa liscia, arrotondata, della grandezza di una pera, di colorito rosso-bruno, che occupa parte della cavità vaginale, di consistenza dura-elastica. Il dito introdotto in vagina arriva a contornare il tumore che si insinua nel collo uterino. I fornici sono liberi; il corpo uterino leggermente aumentato di volume.

It prof. Tansini fa diagnosi di polipo dell'utero e l'11 gennaio procede all'estirpasione con l'ansa galvanica. Dopo avere afferrato il tumore con una pinsa del Museaux e circondatolo alla base d'impianto con l'ansa di platino, apre il circuito di una batteria ad accumulatori «Bottini» e contemporaneamente stringe il passo di vite del serranse; stacca così in pochi minuti il tumore dalla sua insersione.

L' inferma guarita lascia la Olinica dopo 12 giorni dall' operazione.

Ernia inquinale bilaterale. Operazione radicale. Buarigione.

Crea Giuseppe, di anni 86, da Palermo, insegnante. Racconta che diciotto anni addietro, sollevando dal suolo un recipiente pieno di acqua del peso di 20 Kgr., avverti dolore piuttosto intenso all'inguine sinistro e dopo un anno notò un piccolo tumore del volume di una nocciuola che andava man mano crescendo. Cinque anni dopo la comparsa di detto tumore, ne comparve un altro all'inguine destro, del volume anch'esse di una nocciuola. Tutte e due queste intumescenze ora hanno raggiunto il volume di un grosso uovo.

Nella regione inguinale tanto a destra che a sinistra, notasi una tumefazione ovoidale, con il maggior diametro parallelo all'arcata del Poupart, che si fa più voluminosa e tesa negli sforzi muscolari, spingendosi direttamente in avanti, senza accennare a discendere nella cavità sorotale, e che, nella posizione supina, scompare dei tutto a destra, diminuisce molto di volume a sinistra.

Il prof. fa diagnosi di ernia inguinale doppia ed il giorno 8 febbraio procede all'operazione radicale a destra, estirpando il sacco, e non trovandosi come d'ordinario un vero colletto, ma un largo orificio, dopo averlo ben isolato lo c cide largamente e lo chiude poi con sutura a punti staccati. Passa indi alla sutura del piano muscolare, su cui adagia il cordone spermatico, dello strato aponevrotico, del grande obliquo e dei coruni tegumenti.

Guarigione per primam in 9 gi..

Dopo 15 giorni dalla prima, si r de alla seconda operazione a sinistra, la quale non fu punto diversa dalla prima. In questo fu degno di nota l'aver trovato l'arteria epigastrica, che attraversava la regione e passava davanti al sacco.

L'andamento post-operativo procedette anche regolarmente e la ferita aderi per prima intensione. Dopo dieci giorni dalla 2ª operasione l'infermo lascia la Ciinica guarito perfettamente.

Ginecchio valgo rachitice. Ostestemia lineare del femere. Guarigieue.

Pellegrino Maria, di anni 4, da 1. .rmo, presenta da un anno il ginocchio sinistro un po' dolente e deformato.

La coscia con la gamba forma - 1 angolo obtuso aperto in fuori. La tibia sinie ra è lievemente incurvata nella sua diafisi

Fatta diagnosi di ginocchio valgo rachitico, il prof. Tans i ni il 27 gennaio procede all'osteotomia lineare del femere sinistro. Applica un apparecchio al silicato, con una ferula laterale esterna.

L'andamento post-operativo fu normale e la piccola inferma viene dimessa dopo 40 giorni, guarita della sua infermità.

D'Angelo

Redattore responsabile: Dott: HUGO NACCIARONE

Tipografia della Biforma Medica

fie The

•

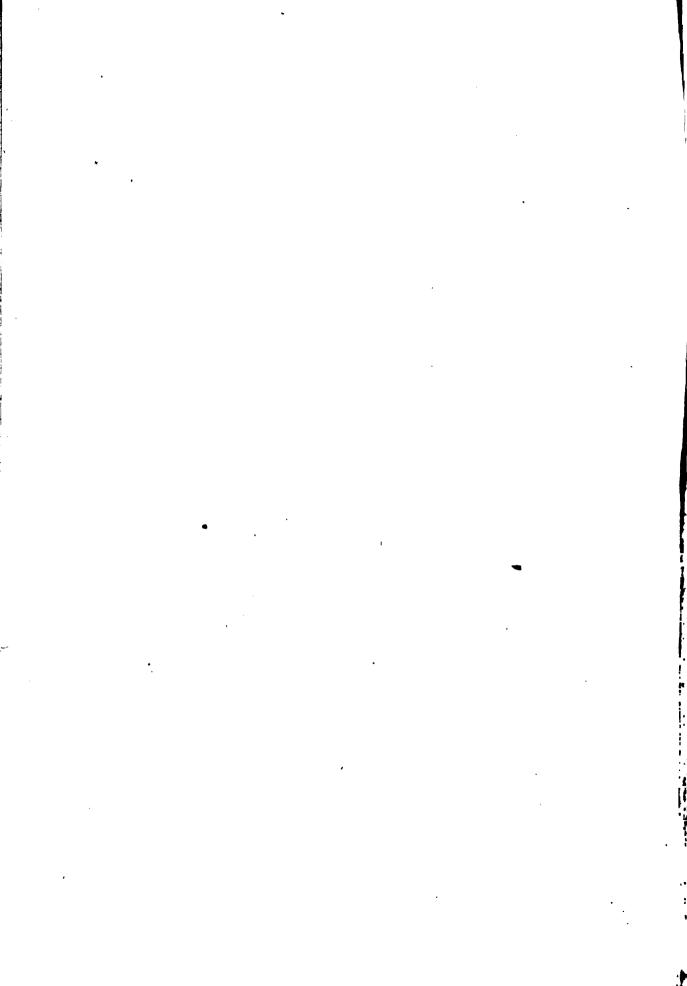
oru... brone ule r

56

,41**9**c

.tu .desf

)× .



41A 486 +